

【MRI 検査 予約時確認表】

氏名 _____ 生年月日 T・S・H・R 年 月 日

記入日 _____ 年 月 日

予約時に確認《原則、検査を受けることが出来ないもの》

* 「有」または「無」のうち該当する方を○で囲ってください

- 心臓ペースメーカー〔 無・有 〕
 - 埋め込み型除細動器〔 無・有 〕
 - 人工内耳〔 無・有 〕
 - 可動性義眼、眼窩内異物〔 無・有 〕
 - 脳深部刺激療法の埋め込み機器装置〔 無・有 〕
 - その他体内埋め込み式電子機器〔 無・有 〕
 - 閉所恐怖症〔 無・有 〕
 - 長時間の静止が困難〔 無・有 〕
 - 持続血糖測定器「リブレ」〔 無・有 〕
- (「リブレ」有の場合、交換のタイミングを聞いて、外す日に予約してください)

予約時に確認《原則、治療した院所で MRI 対応の確認がとれていないものは検査を受けることが出来ません》

* 「有」または「無」のうち該当する方を○で囲ってください

- 心臓人工弁〔 無・有 〕
- スtent (脳、心臓、腹部、その他)〔 無・有 〕
- 磁石式シャントバルブの脳室内シャント〔 無・有 〕
- 脳動脈クリップまたはコイル〔 無・有 〕
- 磁石を使ったインプラント〔 無・有 〕
- その他体内金属 (消化管用クリップ、金属片を含む)〔 無・有 〕

* 該当するものが有る場合

指示医または患者本人が治療された院所に MRI 検査可能であることを確認してから検査予約をしてください

* 該当項目が「有」でも検査を依頼する場合はコメントを記入してください

指示医師名 _____

ご不明な点がございましたら病院までご連絡ください

下越病院放射線課 0250-22-4711

(文書作成日 2026.4.16)