

MR予約(または希望の方)の
チェックシート

診察券No.		年	月	日
氏名	生年月日	年	月	日
身長	cm	体重		kg

以下の①～⑦についてチェックをお願いいたします。

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ①体内に 心臓ペースメーカー が入っている。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ②最近1ヶ月以内に 血管内ステント を挿入した。(ステント手術) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③手術等で体内に 磁性体金属 (MR対応金属と確認できない場合を含む)が残留している。
(人工心臓弁・人工内耳・人口骨頭他磁石式インプラント・歯科矯正ワイヤー・鍼灸針・鉄片等) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④狭いところに入るのが怖いと感じる(MR検査が難しい 閉所恐怖症)。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤(永久的な)入墨・タトゥー・アートメイクがある。(部位:) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ 補聴器 を装着している。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦(女性の方のみ) 妊娠 している方、または 妊娠の可能性 がある方。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |