

# 様式 MRI①\_予約申込時にFAX→患者持参

記入日 年 月 日

## MRIチェックリスト（医療機関用）

MRI検査の予約にあたり、患者さまにご確認いただき、全てチェックを入れて予約申込書と一緒にFAXしてください。  
なお、FAX送信後は患者さまにお渡しし、受診当日に持参するようご案内ください。

氏名 生年月日 年 月 日

### 1. 次に該当する項目はありますか。

☐ない ☐ある → 検査できません

| ①頭部・顔面          |
|-----------------|
| ・脳深部刺激（DBS）/VNS |
| ・可動式義眼          |
| ・人工内耳           |

| ②胸部          |
|--------------|
| ・スワンガンツカテーテル |

| ③腹部・骨盤部など        |
|------------------|
| ・髄腔内ポンプ（バクロフェン等） |
| ・カプセル内視鏡         |

### 2. 心臓ペースメーカー、埋込型心電モニタはありますか。

☐ない ☐ある→注意事項へ

【注意事項】ペースメーカーの種類、患者さまの状態、撮像の内容によって、検査の可否が変わります。

・機器の型番号が載っているページをFAX等でお知らせください。

・予約当日の検査はできません。循環器内科 長島医師による診察の後、MRIの予約をお取りします。

### 3. 神経刺激システムまたは乳房エキスパンダはありますか。

☐ない ☐ある→機器の型番号が載っているページをFAX等でお知らせください

### 4. 脳のクリップはありますか。

☐ない ☐ある（□平成3年以降→検査できます □平成2年以前または不明→検査できません）

### 5. 脳内シャントはありますか。

☐ない ☐ある（頭部・腹部）→当院脳神経外科の対応可能な日で予約をとります。

### 6. 人工関節/プレート等や血管内ステントはありますか。

☐ない ☐ある（部位 ）→検査の際に確認させていただきます。

### 7. 次のものを体外に装着していますか。

☐ない ☐ある （□インスリンポンプ □血糖測定センサー（CGM：リブレ、デクスコム等））

ある場合 パッチの予備、または処方日に合わせた予約が必要です。（検査に伴い消耗した材料に対する当院からの補償はありません）

### 8. その他、体内の異物（金属やチューブ等）や体外への装着物がありますか。

☐ない ☐ある（部位・種類 ）→検査の際に確認させていただきます。

502-8511  
岐阜市岩倉町3丁目36番地  
岐阜赤十字病院 MRI室  
058-231-2266（代表）