

MRI検査に関する確認書（依頼元医師記載用）

※必ずチェックをお願いします

MRI絶対禁忌の体内金属・電子機器類

☐ すべてなし

心臓ペースメーカー、埋め込み除細動器、一時ペーシングワイヤー、体内リード線、
埋め込み型心電図計、VPシャント、人工内耳、神経刺激装置、脊髄刺激装置
骨成長刺激装置、強磁性体の体内金属

① 心臓の手術（1970年以前の人工弁は禁忌）、冠動脈ステント、血管内ステント

☐ （なし）☐ （あり） 1990年（平成）以降でMRI対応型（留置後8週以降）☐ （あり） 1990年（昭和）以前 ⇒ 依頼元施設にてMRI対応型確認済

② 頭部の手術（クリップ、コイル）

☐ （なし）☐ （あり） 1990年（平成）以降でMRI対応型☐ （あり） 1990年（昭和）以前 ⇒ 依頼元施設にてMRI対応型確認済

③ 人工骨頭、人工関節等、プレート、ボルト等の金属（整形外科の手術）

その他体内の人工物、義眼、義肢、内視鏡マーカー・止血クリップ

歯科インプラント、歯科矯正、磁石を用いた義歯

ネイル・マグネットネイル（外したら検査可能）

金属使用尿道バルーン（金属部分を外せば撮影可能）

☐ （なし）☐ （あり） ⇒ 依頼元施設にてMRI対応型確認済

④ 閉所恐怖症

☐ （なし）☐ （あり） ⇒ 可能な範囲で検査します

⑤ 刺青（体幹、四肢、眉、その他）

☐ （なし）☐ （あり） ⇒ 検査中に熱傷を起こす可能性につき説明し、同意を得ています

⑥ 妊娠の可能性（女性のみ）

☐ （なし）☐ （あり） ⇒ 検査の必要性とともに胎児への影響の可能性について説明し同意を得ています

依頼元施設名

医師名（署名）