

# MRI検査確認書

ID 検査日 年 月 日 部位  
氏名  
生年月日 男・女 依頼医療機関

MRI検査に際し、危険防止のため以下の事項について確認をお願いします。

1、以下の物が体内にある場合はMRI検査はできません。

- ※禁忌
- ・ 心臓ペースメーカー（MRI検査対応タイプは除く→必ず事前に機器確認が必要）
  - ・ 人工内耳
  - ・ 脳動脈瘤クリップ（平成10年以前で材質が解らない場合のみ）
  - ・ 金属製避妊リング
  - ・ 磁石式（取り外し可能タイプ）歯科用インプラント
  - ・ 体内に材質の解らない金属片の存在する可能性のある方（手術・事故等による）
- OK

2、上記以外にも体内に金属類が存在すると画像不良（撮影範囲にあると）の原因になります。

- ・ 各種金属製クリップ、ワイヤー等や  
血管内留置ステントおよび止血用コイル類（手術によるもの）
  - ・ 骨折の治療に用いる金属類
  - ・ 鍼灸針
  - ・ 埋め込み式歯科用インプラント
- 該当するが検査依頼（  OK )

3、次の症状のある方は十分な考慮の上、オーダーして下さい。

- ・ 妊婦、あるいは妊娠の可能性
  - ・ 閉所恐怖症
  - ・ 刺青（イレズミ、色素に金属成分を含む場合）
  - ・ 義眼（金属部分を含む場合）
- ※理解力が無く、検査中、体動を抑制することが必要  
（装置の構造上、抑制・固定が出来ません）
- 該当するが検査依頼（  OK )

◎上記項目を全て確認しました。

令和 年 月 日 依頼医  
立会人  
本人・代理

（ 撮影技師 月 日 検査 済 不可 ）