

3 T M R I 検査申し込み表 (院外用)

別紙

患者氏名				男・女
生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日(歳)

3T MRI検査 事前確認表		
血清クレアチニンの値(直近) = _____ mg/dl (平成・令和 年 月 日検査)		
(検査履歴がなければ記入不要です)		
* 以下に該当する項目があれば○印でチェックしてください。		該当なし
* 全く該当する項目がない場合は、右記 該当なし に○印をつけてください。		
項 目	○印	備 考
脳動脈瘤クリップ 1998 年以降の手術		1997 年以前の手術 MRI 検査できません
人工弁 1971 年以降の手術		1970 年以前の手術 MRI 検査できません
脊椎固定術 2005 年以降の手術		2004 年以前 1.5Tの適応です
認知症の評価目的 50 歳未満		50 歳以上 1.5Tの適応です
避妊リング有 日本で挿入		国外で挿入 事前に一般撮影で確認します
人工関節の手術有 部位をお知らせください ()		
妊娠中 16 週以降		1.5Tの適応です
脳室シャント(脳神経外科への紹介が必要です)		
胸骨ワイヤー		
内視鏡治療(胆管ステント、消化管ステントなど)		
認知症の評価目的 50 歳以上		
骨折で固定金具など		
刺青・パーマネントアイライン		
血管内治療(冠動脈ステントなど) 7 か月以上経過		6 か月以内はMRI 検査できません
妊娠中 16 週未満		<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 40px; color: red; margin-right: 10px;">⊘</div> <div style="text-align: left;"> <p>一項目でも該当すると、 MRI 検査はできません</p> </div> </div>
ペースメーカー		
植え込み型除細動器		
人工内耳		
神経刺激装置		
骨成長刺激装置		
Poppen-Blaylock 製の頸動脈クランプ		
十字靭帯再建用 Perfix-Interference-Screw		
磁力で付着する義眼		
眼窩内金属異物		
特記事項 *「腰痛あり」など検査の参考となる情報があればご記入ください。		