

MR検査時チェックリスト

MR検査時、下記のチェックが必要となります。

チェックリスト記載後、この用紙を地域医療連携室へFAX送信お願いいたします。

※枠内の全項目を、必ずすべてご記入ください。

患者情報			
患者氏名			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	年齢	歳
体重	kg		
移動方法	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー		
MR検査時チェックリスト			
MR検査経験	☐ 有り ()	☐ 無し	
1. 心臓ペースメーカー	☐ 有り (検査不可)	☐ 無し	
2. 人工内耳	☐ 有り	☐ 無し	
3. その他体内電子機器部品・精密機械	☐ 有り ()	☐ 無し	
4. 手術による体内金属	☐ 有り ()	☐ 無し	
5. 事故・ケガによる体内鉄片異物	☐ 有り	☐ 無し	
6. 磁力で装着する義歯・義眼	☐ 有り	☐ 無し	
7. (女性のみ) 妊娠の可能性	☐ 有り	☐ 無し	
8. その他特記事項			
・上記1～8の項目で「有り」に該当する場合、原則として検査できません。 ・特に検査が必要な場合、予約をいれる医師へ確認して下記のチェックをいれてください。			
医師へ確認： ☐ 検査実施 ☐ 検査不可			
※チェック欄1～8に「有り」があった場合でも検査を必要とする場合、必ずご記入ください。			
貴院医師名 _____			
貴院担当看護師名 _____			

〒068-8555 岩見沢市9条西7丁目2番地

岩見沢市立総合病院 地域医療連携室

TEL(0126)22-1650 FAX(0126)22-1821 (直通)

岩見沢市立総合病院