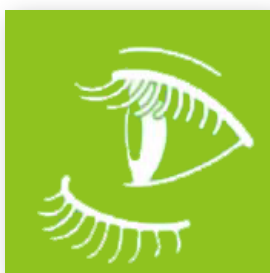


# MRI検査時の**注意事項**

下記の化粧品や装飾は、MRI検査時に**火傷**などを引き起こす危険性があります。

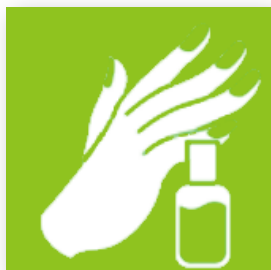
**検査当日はできるだけお化粧をせずに、装飾品なども着用しないようお願い致します。**



- ・ カラーコンタクトレンズ
- ・ アイシャドウ、アイライン
- ・ つけまつげ
- ・ マスカラ



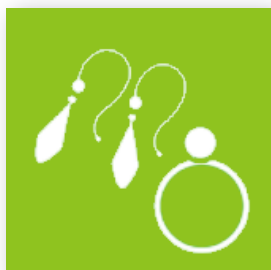
- ・ UVケア用品（日焼け止めなど）
- ・ 金属イオン類を含んだ化粧品（制汗剤など）
- ・ ファンデーション



- ・ ネイルアート
- ・ つけ爪
- ・ マニキュア



- ・ エレキバン
- ・ カイロ各種
- ・ 貼付薬各種



- ・ アクセサリー
- ・ 指輪
- ・ ピアス



- ・ ヒートテック
- ・ 矯正下着

【お問い合わせ先】

東京女子医科大学 東医療センター放射線科MRI検査室

03-3810-1111(内線2115、2121)

## MRI 検査チェックリスト

氏名		記入日	年	月	日
生年月日	性別	記入医師名 ( )			

枠内の項目は、検査依頼科にて必ず記載(チェック)して下さい。  
**記載がない場合**、医療安全の観点より MRI 検査を行うことができません。

1. MRI 検査に関する病歴などについて

<ul style="list-style-type: none"> <li>・手術歴           <input type="checkbox"/> 有   <input type="checkbox"/> 無</li> <li>・妊 娠           <input type="checkbox"/> 有   <input type="checkbox"/> 無</li> <li>・閉所恐怖症      <input type="checkbox"/> 有   <input type="checkbox"/> 無</li> <li>・刺 青           <input type="checkbox"/> 有   <input type="checkbox"/> 無</li> </ul>	部位: <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 四肢 時期: <input type="checkbox"/> 15 週以内 <input type="checkbox"/> 16 週以上
---	--

2. MRI 検査に影響する装置や金属類を装着していますか? (  有  無 )  
 ある場合は□にチェックし、**MRI 適応の有無**をご確認願います。  
**MRI 適応性がない場合**、重大な医療事故を引き起こす恐れがある為、  
**原則として MRI 検査を行うことができません。**

<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 塞栓用コイル <input type="checkbox"/> 脳室シャント <input type="checkbox"/> ステープラー <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 下大静脈フィルター <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 内視鏡止血用クリップ <input type="checkbox"/> カプセル内視鏡 <input type="checkbox"/> 義歯・義眼 <input type="checkbox"/> 固定テンプレート <input type="checkbox"/> その他 (                      )	<input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応 <input type="checkbox"/> MRI 適応
---	---

\*MRI 適応性については装着物の添付文書、もしくは製造販売元にご確認願います。