

MRI 検査前チェックシート

年 月 日 氏名 _____

●手術などによる体内金属のチェック

心臓ペースメーカー

除細動器

ステント

クリップ

骨折による金属

義歯、義眼、補聴器

人工内耳

義手、義足

●貼付薬のチェック

ニトロダーム TTS

ノルспанテープ

ニコチネル TTS

ニュープロパッチ

●ぜんそくやアレルギーのチェック

ぜんそく

アレルギー()

以前の造影検査時にじんま疹、呼吸困難などの症状が出たことがある

●閉所恐怖症のチェック

なし あり

上記、全てなし

その他、検査でご不明なことがございましたらご記入下さい