

金属チェック

患者名 _____

医療機関名 _____

MRI注意事項（体内に埋め込まれている金属についてのチェック）

	検査可	検査可
ペースメーカー/ICD	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり・対応
金属クリップ関係	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり・対応
人工関節	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり・対応
骨折接合材	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり・対応
埋め込み式電気刺激装置	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり・対応
金属ステント	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり・対応
塞栓コイル	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり・対応
その他の埋め込み金属機器	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり・対応

* MRI依頼時、上記項目に必ずチェックして診察・検査FAX予約申込書と一緒にFAXして下さい。