

氏名 _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

MR I チェックリスト

弘前市立病院

部 位：

(1) MRCP・骨盤部の検査時

ブスコパン筋肉注射 : 可 不可

(2) 患者の状態 : 歩行 車椅子 ストレッチャー

仰臥位で30分間の安静 : 可 不可

(3) 感染症 : (_____)

(4) 既往歴 : 糖尿病 てんかん発作 狭心症 その他

(5) 妊娠あるいはその疑い : なし あり

(6) 手術の既往 : なし あり (_____ 年 手術名 _____)

(7) 体内金属の有無 : なし あり…(具体的に _____) 検査可能である

(8) 歯列矯正器具使用 : なし あり 検査可能である

(9) 気管支喘息 : なし あり

(10) アレルギー歴 : なし あり (_____)

(11) 刺青 : なし あり

(12) 身長 : _____ cm

(13) 体重 : _____ kg