

磁性体チェックシート

判定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

I D

氏名

生年月日

| 手術概要      | オペ歴   | 部位 | 時期 | 使用機材                                                                                | 備考            |
|-----------|-------|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 心臓ペースメーカー | 有 ・ 無 |    |    |  | 禁忌            |
| 脳動脈瘤クリップ  | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        | 磁性体は禁忌        |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
| 脳動脈瘤コイル   | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
| 人工内耳      | 有 ・ 無 |    |    |  | 禁忌            |
| 心臓弁置換     | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        | 機械弁は禁忌        |
| 水頭症シャント   | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        | 圧調整弁付は原則禁忌    |
| 心臓ステント    | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        | ope後1ヶ月より検査可能 |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
| 血管内フィルター  | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        | 血管内フィルターは禁忌   |
| 人工関節      | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        | ope後1ヶ月より検査可能 |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
| 骨折後のボルト   | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        | ope後1ヶ月より検査可能 |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
|           | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
| 体幹内のペッツ   | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
| 体幹内のワイヤー  | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |
| 椎体の固定具    | 有 ・ 無 |    |    | <input type="checkbox"/> 非磁性                                                        |               |

|    |
|----|
| 備考 |
|----|

|     |  |     |  |       |
|-----|--|-----|--|-------|
| 記入者 |  | 判定者 |  | 可 ・ 否 |
|-----|--|-----|--|-------|