

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
-----	--	-----	--	-------