

MRI用 検査・造影剤の問診および検査同意書

検査予定日 年 月 日

患者名

様

検査問診票

安全に検査を行うために以下の質問の該当する項目に○をつけ、必要時は()内に記入ください。

1. ペースメーカー・人工内耳・カプセル内視鏡が体内にありますか

いいえ はい

2. 手術を受けたことがありますか

いいえ はい ある場合は手術部位()

3. 身体の中に金属が入っていますか

いいえ はい あれば○で囲んでください

脳動脈瘤クリップ 心臓人工弁 人工関節 歯のインプラント 義眼 義足手
血管内金属(ステント・コイル・フィルタなど)
外科的手術後の金属(ワイヤー・スクリュー・プレートなど)
その他()

4. 狭いところが苦手ですか(閉所恐怖症)

いいえ はい

5. 入れ墨・アートメイク・置き針をしていますか

いいえ はい

6. 現在、妊娠をしている可能性がありますか

いいえ はい

造影剤問診票

造影検査を行う患者様のみ記入してください。

1. 今まで造影剤を用いた検査を受け、気分が悪くなったり、じんましんが出たことがありますか

いいえ はい 造影検査を受けたことがない

[あれば○で囲んでください]

はきけ 嘔吐 かゆみ ほっしん くしゃみ 頭痛 血圧低下 その他()

2. 喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか

いいえ はい → 現在(治療中・治療なし) 最終発作()歳

3. アレルギー体質(薬・食べ物・アトピー・花粉症)といわれたことがありますか

いいえ はい ある場合は具体的に()

4. 腎臓が悪い(腎不全)といわれたことがありますか。または、透析中ですか

いいえ はい 透析中

5. 現在、授乳中ですか

いいえ はい

* 造影検査では必ず記入してください 血清クレアチニン()mg/dl 体重()kg

検査依頼医師記入欄

私は検査説明書を患者様に渡し、検査についての説明を行いました。

問診票を確認の上で検査を依頼します。

年 月 日

依頼医師名

* 検査実施時の具体的な指示があれば記入してください

()

検査同意書

私はMRI検査に関して説明を受け、その必要性を理解しました。

造影剤が必要な検査の場合は、副作用の可能性についても理解しました。

また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることも理解しました。

以上をもって検査に同意します。

年 月 日

ご署名

* 本人が記入できない場合は続柄()