

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

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。

検査問診票

- 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 「はい」の場合、MRI対応である (はい ・ いいえ)
- 身体の中に金属が入っていますか
いいえ はい 「はい」の場合、MRI対応である (はい ・ いいえ)
○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) 外科的手術の金属(スクリュー・プレートなど)
その他()
手術部位() いつ頃() 受けた病院名()
- MRI検査を受けたことがありますか
いいえ はい
- 入れ墨・アートメイク・置き針をしていますか
いいえ はい ※「はい」の場合、その部分が変色・熱くなることがあります。
- 狭いところが苦手ですか(閉所恐怖症)
いいえ はい ※「はい」の場合、中断することがあります。
- 現在、妊娠をしている可能性がありますか
いいえ はい

造影検査を行う患者様のみ記入してください。

造影剤問診票

- 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
 - 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
 - 今まで造影剤を用いた検査を受け、気分が悪くなったり、じんまじ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()
 - 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()
 - 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()