

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

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
(「はい」の場合、MRI対応である いいえ はい)

2. 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 いいえ はい)

※はいの場合、○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 磁石のインプラント 可動式義眼 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)
リブレ 乳房再建術(ナトレル133ティッシュエキспанダーを使用した方)
胃瘻(内部に金属ワイヤーを使用した方) 美容手術(金糸) その他()

手術部位() いつ頃() 受けた病院名()

3. MRI検査を受けたことがありますか いいえ はい

4. 入れ墨・アートメイクをしていますか いいえ はい
※「はい」の場合、その部分に変色・熱くなることがあります。

5. 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。

6. 現在、妊娠をしている可能性がありますか いいえ はい

造影検査を行う患者様のみ記入してください。

造影剤問診票

1. 喘息(ぜんそく)などのアレルギーといわれたことがありますか いいえ はい
※「はい」の場合、現在(治療中・治療なし) 最終発作()歳

2. 腎臓が悪い(腎不全)といわれたことがありますか。 いいえ はい

3. 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

※「はい」の場合、○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()

* 必ず記入してください 採血日 年 月 日 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()