

# 造影MRI検査 問診及び同意書(院外用)

この問診票は安全に造影検査を行うために重要です。

●問診 当てはまる所を丸で囲んでください

1.今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ (あり・なし)

●「あり」の方はどの検査ですか ( CT検査 MRI検査 血管造影 その他)

2.造影検査を受けた方はその時副作用はありましたか？ (あり・なし)

●「あり」の方はどのような副作用がでしたか？

くしゃみ・じんましん・かぶれ・吐き気・嘔吐・ショック・けいれん・その他

3.アレルギー性の病気、アレルギー体質などありますか？ (あり・なし)

●「あり」の方はどのようなものですか？

気管支ぜんそく・じんましん・アトピー・アレルギー性鼻炎

飲み薬・注射の副作用( ) 食べ物のアレルギー( )

4.体内に金属・磁性体はありますか？ (あり・なし)

●「あり」の方はどのようなものですか？

心臓ペースメーカー スtent 脳動脈クリップ 人工弁 入れ墨 人工内耳 その他

5.腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか？ (あり・なし)

6.現在の体重を記入してください。 \_\_\_\_\_ kg

※金属類(時計、携帯電話、補聴器、ヘアピン、カギなど)貼り薬(エレキバン、カイロ、ニトロダーム等)

磁気カード(クレジットカード等)は検査室内に持ち込めませんのでロッカーに入れて下さい

※妊娠中、授乳中の方はお申し出ください。

●注意

強い磁場環境のため、金属や磁気製品を持ち込んだ場合、検査機器への吸着や磁気製品の故障が  
起こります。磁気カードなどを誤って持ち込まれ使用不可となりましても責任は負いかねますので、  
ご了承下さい。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

依頼元医療機関名

説明医師

## 同意書

上記について、禁止及び注意事項を十分に理解したうえで、MRI検査を受けることに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者署名

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代筆者署名

(続柄 \_\_\_\_\_ )

当院記入欄 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 確認医師 \_\_\_\_\_