

MRI 検査問診票

記載日

年

月

日

患者様氏名

〔 〕 歳

性別

男性・女性

体重

kg

以下の質問にご記入をお願いします。

「あり」の場合、適当な項目を○で囲むか、()内に具体的に記入して下さい。

1. 心臓ペースメーカーをつけていますか。
なし あり
2. これまで手術を受けたことがありますか。
なし あり (いつ頃 部位)
3. 体の中に金属がありますか。
なし あり [ペースメーカー、脳動脈クリップ、人工弁、人工内耳、人工関節ワイヤー、クリップ、その他()]
4. コンタクトレンズを付けていますか。
なし あり
5. 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。
なし あり [妊娠中、授乳中、可能性あり]
6. 今までに喘息の既往がありますか。
なし あり 薬の名前()
7. アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか。
なし あり [かぶれ、蕁麻疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎 薬のアレルギー()、食物アレルギー()]
8. 今まで腎臓系の病気があるとされたことがありますか。
なし あり その時の病名()

【造影剤による検査の説明・同意書】

MRI検査では、造影剤の注射をすることがあります。造影剤は病気の診断に役立つ薬剤ですが、まれに以下のような副作用が起こる場合があります。

◆軽い副作用(100人に1人程度の頻度です。)

吐き気、嘔吐、蕁麻疹、くしゃみ、頭痛などを生じることがあります。

◆重い副作用(1万人に5人以下の頻度です)

血圧低下、呼吸困難、意識障害などです。

* 病気により造影剤を使用出来ない場合があります。

(重度の腎障害、気管支喘息の方)

私は造影MRI検査の必要性和副作用について説明を受け理解しましたので造影検査に同意致します。

年 月 日

患者様氏名

ご家族氏名

(続柄)

