

# 造影 MRI 検査問診票

検査をできるだけ安全確実にを行うための質問です。

適したものの 内に 印を入れてください。

“あり”を選ばれたら ( ) の中に具体的な言葉を記入してください。

- |  |    |    |  |
|--|----|----|--|
| 1. MRI 造影剤を用いた検査の既往                              | なし | あり |  |
| 副作用の有無(1.でありと答えた方)                               |    | (  | )  |
| 2. 喘息の既往   | なし | あり | ( )  |
| 3. 薬物アレルギー                                       | なし | あり | ( )  |
| 4. 腎不全などの有無                                      | なし | あり | ( )  |
| 5. 心臓疾患の有無                                       | なし | あり | ( )  |
| 6. 甲状腺疾患の有無                                      | なし | あり | ( )  |
| 7. 妊娠または妊娠している可能性                                | なし | あり | わからない                                      |
| 8. 手術歴   | なし | あり | ( )  |
| 9. 閉所恐怖症   | なし | あり |  |
| 10. 体内金属   | なし | あり | (ペースメーカー・脳動脈クリップ・人工関節 動脈ステント・人工内耳<br>その他 ) |
| 11. 緑内障  | なし | あり |  |
| 12. アートメーキング(入れ墨)                                | なし | あり |  |
| 13. 当院での検査歴                                      | なし | あり | ( )  |
| 14. 体重 (                      Kg ) (造影剤の量を決定します) |    |    |  |

その他、造影剤の副作用の起こる確率が高くなると考えられる場合には、医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承下さい。

=====

## 同意書

宇治川病院 病院長殿

私は現在の病状、造影 MRI 検査について担当医\_\_\_\_\_より説明を受け納得いたしましたので、造影 MRI 検査を受けることに同意いたします。

同意日：平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者または代理人(続柄\_\_\_\_\_)

(署名)\_\_\_\_\_印

15 歳以下の患者の親権者(続柄\_\_\_\_\_)

(署名)\_\_\_\_\_印

上記患者に対して、検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

確認日：平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

医師氏名(署名)\_\_\_\_\_印