

MRI (磁気共鳴画像) 検査 問診票

ID _____ 医院名 _____
患者氏名 _____ 性別 _____
生年月日 _____

検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

あなたが受けられる MRI 検査は、磁気を利用して身体の内부를しらべる検査です。
この検査では、金属で画像に影響を与えたり、磁場のために破損したりするものがありますので、
以下の質問に記入しお答え下さい。

上記の氏名・生年月日が間違っていないですか？確認のサインと体重の記入をお願いします。

患者氏名 (_____) 身長・体重 (_____ cm, _____ kg)

※ ↑ ↑ 必ず記入して下さい ↑ ↑

※今までに何か手術を受けた事がありますか？ [いいえ・はい]
はいと答えた方 [いつ頃、手術名： _____]

※現在妊娠している可能性がありますか？ [いいえ・はい]

該当する項目の□にチェックを入れてください

□心臓ペースメーカー、人工内耳、体内除細動器 (MRI 検査は行えません)

□人工関節、骨折合用金具 □散弾片 □人工鼓室、義眼 □入れ歯 □コンタクトレンズ

□入れ墨、アイライナー □かつら □V-P シャント □人工弁 □閉所恐怖症 □補聴器

□血管クリップ □義肢、装具、コルセット □気管支喘息 (造影剤の使用は原則禁忌です。)

□透析 (重篤な腎障害のある患者さま、ガドリニウム造影剤に過敏症のある患者さまへの投与は禁忌です。)

□その他の体内金属 [該当する物の種類、部位： _____]

□増毛パウダー使用 (使用している場合撮像できません。)

造影剤を使用する場合のみ下記項目についての記入をお願いします。

1. MRI で造影剤を用いた検査を以前に受けた事がありますか？ □ない □ある
その検査で何か異常はありましたか？ □ない □ある
いつ頃 (_____) 異常の内容：□発疹、じんましん □発赤 □血圧低下

2. 薬剤の服用や食品で、発疹・じんましん等、異常が起きたことがありますか？
□ない □不明 □ある→薬品・食品名 (_____) いつ頃 (_____)
異常の内容 □発疹、じんましん □血圧低下 □その他 (_____)

※重篤な腎障害のある患者さま、ガドリニウム造影剤に過敏症のある患者さまへの投与は禁忌です。

※重篤な肝障害のある患者さまへの使用は原則禁忌です。

★検査依頼医師は、上記項目確認後サインをお願いします。 問診日 _____

腎機能 eGFR : _____ (Cr: _____) 原則として eGFR の値が 30 以下は造影不可となります。

*過去 3 ヶ月以内の検査データを記入。eGFR の値がない場合のみ Cr でも可。

*腎機能は造影剤を血管内投与する検査のみ記入してください。

(事故防止のためサインのない場合は検査ができません。) 確認医師 [_____]

造影検査同意書

記入日： 年 月 日

医院名 _____

患者氏名 _____ 性別 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

静岡市立清水病院 病院長殿

私は造影剤使用について説明を受け、その必要性及び副作用について理解しました。

(造影剤使用が禁忌・原則禁忌である場合、造影剤使用が必要であることの説明についても理解しました。)

☐ 造影剤検査を行うことに**同意します**。

☐ 造影剤検査を行うことに**同意しません**。

(※造影剤を使用しない場合の検査精度の低下などの不利益を了承し病院の責任を問いません。)

検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
検査名 ☐CT ☐腎尿路系 ☐胆道系 ☐関節・脊髄造影 ☐血管撮影
☐MRI ☐その他(_____)

患者様氏名： _____ (性別： _____)

*患者様氏名は代理人又は後見人署名の場合も記入

法定代理人氏名： _____ (続柄： _____)

*同意書は検査施行前ならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

(病院記入欄)

☐ **同意の意志確認が不可能な場合や、緊急性が優先される場合は**、担当医師の判断で造影剤を使用させていただきます。

医師署名： _____

静岡市立清水病院 TEL：054-336-1111