

お名前 \_\_\_\_\_ 様  
生年月日 \_\_\_\_\_

## MRI用造影検査問診票及び同意書

造影検査を安全に行うために、下記の質問にお答えいただきますようお願い申し上げます。当てはまる項目に  
✓点をいれるか○で囲んでください(記入の場合もあり)。

- ①今までに造影剤(注射)を使った検査を受けたことがありますか？  ない  
 ある ⇒ CT検査 ・MRI検査 ・血管造影検査 ・胆のう検査 ・腎臓の検査
- ②造影剤を使った検査をされた方にお聞きます。造影剤によるアレルギー症状はありましたか？  ない  
 症状があった CT・MRI・( ) いつ頃？( )  
症状は？ かゆみ・じんましん・くしゃみ・頭痛・息苦しさ・( )  
その時処置を しない ・した (具体的に )
- ③薬・注射・食べ物などで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？  ない  
 ある ⇒ 何で( ) 症状は？( )
- ④喘息と診断されたことがありますか？  ない  
 ある ⇒  現在も症状がある または、治療薬を服用している ⇒ **禁忌(造影不可)**  
 過去(幼少時)に症状があった
- ⑤腎機能が低下している又は、腎障害と診断されたことがありますか？  ない  
 ある ⇒ ( )  透析中 ⇒ **禁忌(造影不可)**
- ⑥アレルギー体質又は、アレルギー性の病気はありますか？  ない  
 ある ⇒ ( )
- ⑦けいれん又は、てんかんを起こしたことがありますか？  ない  ある(けいれん ・ てんかん)
- ⑧(女性のみ)現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？  いいえ  はい(妊娠中 ・ 授乳中)
- ⑨造影剤の使用量を決定するために、現在の体重をご記入ください。 ( ) Kg (必須)

診療所・クリニック主治医先生ご記入

6ヶ月以内の eGFR値 \_\_\_\_\_ ml/min/1.73m<sup>2</sup>(必須)

採血検査 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(必須)

※ 年齢に関係なく eGFR値が30未満なら造影不可、30～60は代替検査(造影CT)が望ましい。

※ eGFR値を測定されていない時はクレアチニン値をご記入ください。→ \_\_\_\_\_ mg/dl

主治医サイン \_\_\_\_\_

## 造影検査同意書

- 私は、このたびの予定されている検査の内容とその必要性について、担当医より説明を受け、理解したのでこの検査を受けることに同意します。また、検査において造影剤を使用することにより、稀に副作用がありうることも説明を受けた上で、その必要性を理解したので、造影剤の使用に同意します。
- その実施に関連した緊急の診療行為についても、医師が必要かつ適切な判断をした場合には、その診療行為を受けることに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 患者署名

\_\_\_\_\_ 代理人署名)

患者との続柄: \_\_\_\_\_

三田市民・済生会病院院長 あて