

MRI検査についての問診・承諾書(紹介用)

●問診票(安全にMRI検査を受けていただく為に、検査を受ける方全てがお答えください。)

【体重】	kg			
体内金属の有無	あり	なし	心臓ペースメーカー	<b style="color: red;">検査できません *検査できない項目に該当する場合や、ご不明な点はお電話にて放射線科までお問い合わせください。
	あり	なし	人工内耳・人工中耳	
	あり	なし	脊髄刺激装置	
	あり	なし	脳室シャントチューブ	
	あり	なし	眼・体内の金属片や銃弾	
	あり	なし	鍼(はり)治療の置き針	
	あり	なし	刺青・タトゥー・パーマメントメイク	
あり	なし	手術・カテーテル治療の既往	検査可能かかかりつけ医に相談ください	
→ <u>ありに○をつけた方、具体的に</u>				
頭部(脳動脈瘤クリップなど)	年 月 手術	整形外科(人工関節大腿骨頭など)	年 月 手術	
歯科インプラント	年 月 手術	心臓(人工弁・ステント・コイルなど)	年 月 手術	
避妊器具	年 月 手術	胸部(ワイヤー・クリップ・ポートなど)	年 月 手術	
あり	なし	閉所恐怖症	依頼医とよく相談してください	
あり	なし	妊娠の可能性 <b style="color: red;">ありの場合は検査できません	妊娠中の方は、検査可能かかかりつけ医にご相談ください	

●造影検査問診票(造影検査を受ける方は以下についてもお答えください。)

【偶発症・副作用】MRI用の造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に副作用が起こることがあります。【1. 軽い副作用: はきけ、かゆみなど(500~1000人に1人)、2. 重い副作用: 呼吸困難、血圧低下、意識消失など(数万人に1人)、3. きわめて稀ですが死亡例の報告があります(100万人に1人)】万一、副作用が起きた場合は、直ちに適切な処置を行います。検査中だけでなく検査後24時間以上たって起こることもありますので、何か異常を感じましたら、直ちにお知らせください。(残念ながら、こうした副作用がいつ発生するかを事前を知ることはできません。また前回の検査時に異常がなくても、今回副作用が起こることもあります。)(くすの木病院:0274-24-3111)

- | | | |
|------------------------------|----|-----|
| ○ 過去に造影剤を使用した検査を受けたことがありますか? | はい | いいえ |
| その時に副作用はありましたか? | はい | いいえ |
| ○ 気管支喘息(ぜんそく)はありますか? | はい | いいえ |
| ○ 薬や食物アレルギーが出たことがありますか? | はい | いいえ |
| ○ 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか? | はい | いいえ |
| ○ ベーター遮断薬を服用していますか? | はい | いいえ |
| ○ 鉄代謝異常症の治療を受けていますか? | はい | いいえ |

■3ヶ月以内の血清クレアチニン値のご記入をお願いします ()mg/dl

医療法人社団 三思会 くすの木病院 院長殿

私はMRI検査に関してその必要性和それに伴う危険性について、また、MRI検査における造影剤使用の必要性和方法およびそれに伴う偶発性・副作用について、担当医師から十分な説明を受け理解しました。私はこの検査を受けることに同意・承諾いたします。

記入日 年 月 日

患者様氏名(自署) _____

紹介元施設名 _____

代理人(説明を受けた方) _____

依頼医師署名 _____

(続柄:)

お手数ですが、毎回ご署名をお願い致します。

*この用紙は紹介状と一緒に当日お持ち下さい。

医療法人社団三思会 くすの木病院 放射線科