

記入例

MRI検査についての問診・同意書

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

<input type="radio"/> なし	あり	心臓ペースメーカー	
<input type="radio"/> なし	あり	人工内耳・人工中耳	
<input type="radio"/> なし	あり	手術・カテーテル治療の既往がある場合は 下欄の該当項目に手術日をご記入下さい。	検査できません 不明な点はお電話にて お問い合わせ下さい。
<input type="radio"/> なし	あり	脳室シャント	
<input type="radio"/> なし	あり	眼・体内の金属(はり)治療の置き針	
<input type="radio"/> なし	あり	また、安全に検査が実施可能か、事前にご 確認をお願いいたします。	
<input type="radio"/> なし	あり	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
<input type="radio"/> なし	あり	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
→「あり」の場合は MRI 可能か確認をお願いします。			
整形外科領域(部位/材質 腰椎/チタン)		2020年 7月	手術(<input checked="" type="checkbox"/> 確認済み)
脳動脈瘤クリップ		年 月	手術(<input type="checkbox"/> 確認済み)
歯科インプラント		年 月	手術(<input type="checkbox"/> 確認済み)
心臓(人工弁・ステント・コイル)		年 月	手術(<input type="checkbox"/> 確認済み)
胸腹部(ワイヤー・クリップ・ポート)		年 月	手術(<input type="checkbox"/> 確認済み)
避妊器具		年 月	手術(<input type="checkbox"/> 確認済み)
その他()		年 月	手術(<input type="checkbox"/> 確認済み)
<input type="radio"/> なし	あり	妊娠の可能性	検査可能かかかりつけ医に相談
<input type="radio"/> なし	あり	閉所恐怖症	依頼医と相談

●造影検査問診票 (造影剤を使用する検査を受ける方は、以下についてもお答えください。)

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、低血圧、意識障害、アレルギー反応 (100 万人に 1 人) があります。検査中だけでなく検査後 24 時間以上たつて起こることがあります。検査中だけでなく検査後 24 時間以上たつて起こることがあります。検査中だけでなく検査後 24 時間以上たつて起こることがあります。

過去に造影剤使用で副作用歴があった場合や気管支喘息の治療中の方は、検査前日からの前投薬が必要です。予約時に必ずお伝え下さい。

単純 MRI 検査の場合は、
ご記入は不要です。

○ MRI で造影剤を使用した検査を受けたことがありますか? ()

その時に副作用はありましたか? (症状 ())

○ 気管支喘息 (ぜんそく) はありますか? ()

現在治療中ですか? (治療内容 ())

○ 薬や食物でアレルギーがありますか? (種類 ())

○ 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか? ()

3ヶ月以内の eGFR (**58.6** ml/min/1.73m²: **2021** 年 **5** 月 **15** 日) ()

※または血清クレアチニン値 (**1.2** mg/dl) ()

○ ベータ遮断薬を飲んでいませんか? (薬の種類 ())

腎機能が低下している方は、副作用として NSF の恐れがあります (原則造影検査不可)。

重篤な副作用 (腎性全身性線維症) が生じる可能性があります。
*その他、不明な点がございましたら、担当医師にご相談ください。

医師指示欄 ↓

いいえ ・ はい ()

いいえ ・ はい ()

いいえ ・ はい ()

いいえ ・ はい ()

いいえ ・ はい ()

いいえ ・ はい ()

いいえ ・ はい ()

いいえ ・ はい ()

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症・副作用について、担当医師から上記のごとく十分な説明を受け、理解できましたので同意いたします。

医療法人 三思会 くすの木病院 院長殿

年 月 日

患者氏名 (自署) くすの木 花子

紹介元施設名 **〇〇医院**

代理人署名 (自署) (続柄)

説明医師 印

※説明を受けた方

立会者名 (自署)