

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。)

なし	あり	心臓ペースメーカー	検査できません ご不明な点はお電話にて お問い合わせ下さい。
なし	あり	人工内耳・人工中耳	
なし	あり	脊髄刺激装置	
なし	あり	脳室シャントチューブ	
なし	あり	眼・体内の金属片や銃弾	
なし	あり	鍼(はり)治療の置き針	
なし	あり	いれずみ・アートメイク(眉・アイライン)	退色や火傷の恐れあり、依頼医と相談
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)) 年 月 手術(☐ 確認済み) 脳動脈瘤クリップ) 年 月 手術(☐ 確認済み) 歯科インプラント) 年 月 手術(☐ 確認済み) 心臓(人工弁・ステント・コイル)) 年 月 手術(☐ 確認済み) 胸腹部(ワイヤー・クリップ・ポート)) 年 月 手術(☐ 確認済み) 避妊器具) 年 月 手術(☐ 確認済み) その他() 年 月 手術(☐ 確認済み)			
なし	あり	妊娠の可能性	検査可能かかかりつけ医に相談
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、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 時間以上たつ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に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。) 医師指示欄

○ MRI で造影剤を使用した検査を受けたことがありますか? いいえ ・ はい ↓

その時に副作用はありましたか? (症状)) いいえ ・ はい ()

○ 気管支喘息(ぜんそく)はありますか? いいえ ・ はい

現在治療中ですか? (治療内容)) いいえ ・ はい ()

○ 薬や食物でアレルギーがありますか? (種類)) いいえ ・ はい ()

○ 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか? いいえ ・ はい ()

3 ヶ月以内の eGFR (ml/min/1.73m² : 年 月 日)

※または血清クレアチニン値 (mg/dl : 年 月 日)

○ ベーター遮断薬を飲んでいますか? (薬の種類)) いいえ ・ はい

○ 授乳中ですか? いいえ ・ はい ()

*重度の腎臓病のある方では、MRI 造影剤によって重篤な副作用(腎性全身性線維症)が生じる可能性があります。

*その他、不明な点がありましたら、担当医師にご相談ください。

MR I 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)

紹介元施設名

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)