

# < 造影MRI検査問診票兼同意書 >

検査日 年 月 日

## ※ MRI撮像禁忌項目（当てはまる場合は検査出来ません）

医師問診用

|   |       |
|---|-------|
| 1 ペースメーカー、植え込み式除細動器（ICD）<br>移植蝸牛刺激装置（人工内耳）、骨成長刺激器、神経刺激装置<br>心臓人工弁、圧可変式バルブシャント（VPシャント・LPシャント・VAシャント）<br>脳内動脈瘤クリップ、頭部塞栓用コイル<br>スワングアンツカテーテル、眼窩内金属粉塵、妊娠<br><br>留置後3ヶ月未満の<br>ステント、塞栓用コイル（頭部以外）、下大静脈フィルター<br>人工関節、整形外科インプラント、外科用止血クリップ | （ 無 ） |
|---|-------|

※ 下記2の「有」に当てはまる物が、撮像範囲および重要臓器近傍にある場合検査できません  
ご不明な場合は当院放射線科（内線 8730）までご連絡ください

|  |           |
|--|-----------|
| 2 外傷による金属片、銃弾、針治療の針<br>金属製避妊具、その他体内金属（ ）<br><br>留置後3ヶ月以上経過した<br>ステント、塞栓用コイル（頭部以外）、下大静脈フィルター<br>人工関節、整形外科インプラント、外科用止血クリップ 部位（ ） | （ 有 ・ 無 ） |
|--|-----------|

※ 頭部・心臓・整形外科領域の手術を受けた事のある場合は、いつ・どのような手術を受けられたか  
具体的にご記入ください。

（ ）

※ 下記3, 4の「有」に当てはまる場合は、インフォームドコンセントをしっかりとお願いします

|   |           |
|---|-----------|
| 3 磁石式インプラント・義眼・DIBキャップ・リフレクター等 ※故障する場合があります | （ 有 ・ 無 ） |
| 4 刺青、アートメイク（まゆ墨など） ※やけどのおそれがあります            | （ 有 ・ 無 ） |

## ※ 造影剤問診

|  |                         |
|--|-------------------------|
| 5 以前に造影剤を使った検査を受けたことがありますか<br>CT MRI 腎臓尿路検査 血管造影 胆嚢検査 その他（ ）   | （ 有 ・ 無 ）               |
| ある場合、その時に何か副作用が出ましたか（副作用歴「有」の場合は造影禁止）<br>嘔気 嘔吐 蕁麻疹 皮膚発赤 その他（ ） | （ 有 ・ 無 ）               |
| 6 腎臓の病気はありますか  | （ 有 ・ 無 ）               |
| 7 アレルギーと言われたことがありますか<br>薬 食物 金属 花粉 ハウスダスト 鉄過敏症 その他（ ）          | （ 有 ・ 無 ）               |
| 8 気管支喘息と言われたことがありますか（気管支喘息の場合は造影禁忌）                            | （ 有 ・ 無 ）               |
| 9 造影剤の使用量を決定するために、現在の体重を記入して下さい                                | _____ Kg                |
| 10 MRI検査日2ヶ月以内のeGFRを記入してください<br>(eGFR 60以下 造影禁止)               | 採血日 年 月 日<br>eGFR _____ |

造影検査の依頼ですが当院の判断で単純検査となることもあります。ご了承をお願いします。  
その他、疑問のある場合は放射線科（内線 8730）まで連絡ください。

## 造影MRI検査同意欄

私は、造影検査の必要性和造影剤の危険性【危険性について；普通は一時的な軽い症状（吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹等）ですが、ごくまれに生命にかかわるような反応（NSF、ショック、呼吸困難、血圧低下等）を起こすことがあります。極めて稀ですが、死に至る報告もあります。】について説明を受け納得しました。  
その結果、造影検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日

市立柏原病院 病院長 様  本人 (本人ご署名)

※本人が署名できない場合

 代理人 (代理人ご署名)

続柄( ) 代理人の方の場合は必ず本人名もご記入ください

## 医師確認欄

上記患者に対して、私が検査に関する説明(必要性和リスク)を行い、同意されたことを確認しました。

説明医師 \_\_\_\_\_

※ この用紙は予約後速やかにFAXで返信ください。

市立柏原病院 病院長  
2024年02月改定

|       |                            |   |
|-------|----------------------------|---|
| 当院使用欄 | チェック（補聴器、時計、義歯、コンタクトレンズなど） | 済 |
|-------|----------------------------|---|