

## MRI検査問診票 兼 同意書

●次の検査予約時には必ず記入、提出してください。

□単純MRI検査（及びボーステル使用時） → 問1のみ記入してください。

□造影MRI検査 → 問1及び問2のすべて記入してください。

患者ID		フリガナ 患者氏名	
体重	kg	生年月日（西暦）	年 月 日

問1 MRI検査装置は強い磁石を使用しています。  
安全に検査を実施するため、以下の項目にお答え下さい。

- ① 体内に以下の医療機器を入れていませんか？入れているものがあれば○をつけてください  
心臓ペースメーカー・心臓人工弁・人工内耳・脳動脈クリップ・手術クリップ・体内留置シャント
  - ② 手術などにより人工関節や固定金属がある いいえ・はい（部位：                  ）
  - ③ 義歯・義眼を使っている いいえ・はい（脱着：可・不可）
  - ④ 金属性の置き針・注射針がある いいえ・はい（部位：                  ）
  - ⑤ 眼などの外傷に鉄分の残存がある いいえ・はい（部位：                  ）
  - ⑥ その他の金属類が体内にある いいえ・はい（内容：                  ）
  - ⑦ 入れ墨・アイシャドーをしている いいえ・はい
  - ⑧ コンタクトレンズを使用している いいえ・はい
  - ⑨ 閉所恐怖症がある いいえ・はい
  - ⑩ 不整脈がある いいえ・はい（種類：                  ）
  - ⑪ 妊娠している（妊娠の可能性がある） いいえ・はい（妊娠         ヶ月）

問2 造影剤（MRI検査におけるガドリニウム製剤）を安全に使用するため、以下の項目にお答え下さい。

- ① 過去に造影剤を使った画像検査を受けたことがありますか  
いいえ はい（MR、CT、カテーテル、その他（                                  ））  
 ※「はい」の方にお聞きします。造影剤による副作用はありましたか  
いいえ はい（頭痛、吐き気、くしゃみ、その他（                                  ））
  - ② 薬、食べ物にアレルギー反応はありますか  
いいえ はい（かぜ薬、痛み止め、魚、卵、その他（                                  ））
  - ③ アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか  
いいえ はい（アトピー性疾患、花粉症、その他（                                  ））
  - ④ 気管支ぜんそくではありませんか（小児ぜんそくは除く）  
いいえ はい
  - ⑤ 両親、兄弟等で①～④に該当する体質、病気の方はいますか  
いいえ はい（続柄：                                  内容：                                  ）

**◆医師確認欄**

- eGFR（                  ）mL/min/1.73m<sup>2</sup>（                  ）月                  日測定 ・ 30未満は造影検査不可）  
未検査

### 同 意 書

問診結果と検査の必要性・危険性について、医師の説明を理解し、検査を受けることに同意します。  
 ※同意した場合でも、検査前ならいつでも撤回することができます。

平成     年     月     日

患者署名： \_\_\_\_\_

医師署名： \_\_\_\_\_