

## 造影 MRI 検査問診表

いくつかの質問をさせていただきます。当てはまるものを○で囲んでください。

「はい」を選ばれた方は（ ）の中に具体的なことばをお書き下さい。

1. 今まで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ はい いいえ わからない  
どのような検査を受けられましたか（ ）
2. 今までに気管支ぜんそくと言われたことがありますか？ はい いいえ わからない
3. 造影剤の注射や、その他の注射や飲み薬などで発疹（じんましん）が出たり調子が悪くなったりしたことはありますか？ はい いいえ わからない  
どのようなお薬ですか？（ ）
4. 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 わからない  
いつ頃言われましたか？（ ）
5. 現在妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ わからない
6. 心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか？ はい いいえ わからない
7. 造影剤を使用するに当たり、あなたの体重を教えてください。

\_\_\_\_\_ Kg

### 造影 MRI 検査 同意書

検査予定日 平成 年 月 日

私は今回の検査における造影剤の必要性と副作用に関して理解しましたので、検査を受けることに **同意します** ・ **同意しません**。（どちらかに○を付けてください）

同意日 平成 年 月 日

署名（代理人でも可） 氏名 \_\_\_\_\_

（患者との続柄： \_\_\_\_\_）

検査依頼医 署名 氏名 \_\_\_\_\_