

# MRI造影検査についての 問診票と同意書

( FAX送信用 )

検査を安全に行うため、以下の問診にご協力ください。  
問診の結果によっては、身体の安全性を考慮し検査を中止することがありますがご了承ください。

## 禁忌事項(ありの場合、当院では造影検査できません)

- 1 ガドリニウム造影剤に対し過敏症の既往歴がある。  ない  ある
- 2 維持透析をしている。  ない  ある
- 3 重篤な腎障害(eGFR値30以下)がある。  ない  ある
- 4 現在妊娠している、または妊娠の可能性がある。(女性のみ)  ない  ある

## 準禁忌事項(場合によっては造影検査できません)

- 5 腎臓の病気がある。(30 $\leq$ eGFR値 $<$ 60)  ない  ある
- 6 気管支喘息がある。  ない  ある
- 7 重篤な肝障害がある。  ない  ある

今までに造影剤を使った検査で副作用がでたことがある。

- 8 (ありの場合： CT  MRI  血管造影  腎臓検査  胆嚢検査  ない  ある  
 その他： )

## その他の項目

今までに、薬や食べ物でアレルギーが出たことがある。(両親・兄弟含む)

- 9 (ありの場合： アトピー性皮膚炎  アレルギー性鼻炎  薬剤アレルギー  ない  ある  
 食物アレルギー  じんましん  その他： )
- 10 現在授乳中である。(女性のみ)  ない  ある

現在の身長・体重 (造影剤投与量算出のため)

	身長	cm	体重	kg		
腎機能：採血日	年	月	日	クレアチニン値	_____	mg/dl
				eGFR値	_____	ml/min/1.73m <sup>2</sup>

## 《 同 意 書 》

造影剤投与に関する検査説明

説明担当者名 \_\_\_\_\_

造影検査(可・不可)

確認担当医師名 \_\_\_\_\_

私はこの検査における造影剤使用に関して検査方法、目的、必要性、またその副作用等について説明を受け、十分理解しました。(なお、同意はいつでも撤回できます。)

MRI造影検査を受けることに同意 **します** ・ **しません**

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 本人・代理人(続柄) \_\_\_\_\_ ) 署名 \_\_\_\_\_