

HITO病院 造影MRI検査問診票（検査機器の共同利用 提出用）

事前FAXと、当日はご本人に原本持参をお願いいたします。
「ガドリニウム造影剤を用いる造影MRI検査を受けられる方へ」を用いて患者様にご説明ください。

ID	当院のIDが分かれば記入ください	氏名	身長	cm
			体重	kg
生年月日	年	月	日	

1. 今までに造影剤を使った検査をうけたことがありますか？

- なし → 2の質問に進んでください
 あり → MRI検査・CT検査・血管造影・その他()
「あり」の場合、そのとき副作用はありましたか？(帰宅後も含む)
 なし
 あり
→ 吐き気、 嘔吐、 動悸、 頭痛、 かゆみ、 くしゃみ、 発疹、 呼吸困難、 意識障害
その外、具体的にお書き下さい()

2. 気管支喘息がありますか？

- なし
 あり → 具体的にお書き下さい()

3. アレルギー性の病気や体質がありますか？

- なし
 あり → 薬、注射、食べ物、その外、具体的にお書き下さい
()

4. 腎機能障害はありますか？

- なし (eGFR 60mL/min/1.73m²以上)
 あり → Cre _____ g/dl, eGFR _____ mL/min/1.73m²
(採血日: 年 月 日) * 3ヶ月以内の採血データをご記入ください
* eGFR30未満は原則造影不可

以上、検査および造影剤使用の目的について説明しました。問診の結果、造影検査によるメリットが造影剤によるリスクを上回ると判断し、実施可能と考えます。

説明日: 年 月 日 指示医(自署) _____

ガドリニウム造影剤使用検査に対する同意書

主治医からガドリニウム造影剤を使用する検査の目的、必要性、副作用について十分な説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。

同意日: 年 月 日 患者様または代理人(署名) _____

** 以下は来院後に当院で確認、記入します。 **

検査日: 年 月 日 放射線技師サイン _____