

この書類は検査依頼書と一緒にFAXしてください。

MRI【単純】検査問診票兼同意書・MRI【造影】検査問診票(別紙同意書あり)

患者氏名	生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日
------	------	-----------	---	---	---

■ (全員) 検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください。

★ 体内の金属類についてお聞きします。重要な事項ですので、医師の確認のもとでお答えください。

※下記に該当する患者さまは、MRI検査を受けることができません。

(a) 体内電子機器を装着している(ペースメーカー、人工内耳、体内神経刺激装置など) いいえ・ はい → 検査不可
(MRI対応ペースメーカーについても施設基準の関係上、対応できません)

(b) スワンガンツカテーテル、脳室シャントチューブを挿入している いいえ・ はい → 検査不可

(c) 磁力で付着する義眼(取外せば可能)、眼窩部インプラント、眼窩内金属異物がある いいえ・ はい → 検査不可

(d) 入れ墨を入れている(火傷を負ったり色が褪せる場合があります) いいえ・ はい → 検査不可

① 脳動脈瘤クリップがある いいえ・ はい ※材質不明のものは検査を受けることができません

② 術後の体内金属がある いいえ・ はい (部位: _____) ※ステント等は術後9週目以降で検査可能

③ 義歯を使っている いいえ・ はい → 脱着: 可・ 不可 (マグネット式: あり・ なし)

④ コンタクトレンズを使用している いいえ・ はい ※検査時は外していただきます

⑤ 薬剤浸透性絆創膏(ニジパグッ)を貼っている いいえ・ はい ※検査時は外していただきます

⑥ アイシャドー・まゆ墨をしている いいえ・ はい ※火傷を負う場合があります

⑦ 何か金属類が体内にある いいえ・ はい → (内容 _____)

⑧ 妊娠している(妊娠の可能性がある) いいえ・ はい → (妊娠 _____ ヶ月)

⑨ 閉所恐怖症がある いいえ・ はい

⑩ マグネット等(金属付)を使用している いいえ・ はい ※前日までに落としてください

◇ 【MRI単純検査同意書】※単純検査のかたのみ必ずご記入ください。

【問診の結果及び検査の必要性・危険性について、医師の説明に理解し、検査を受けることに同意します。】

注: 患者さまが自分で記載できない状態のときは、代理人が必要です。自筆でご署名ください。患者さまが未成年の場合には親権者(2名いらっしゃれば原則として2名)の署名が必要です。

令和 年 月 日 患者署名: _____ 親権者または代理人 _____ 親権者または代理人 _____

■ (造影検査のかたのみ) ※別紙同意書にご署名ください。
造影剤(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ください。

※喘息の治療中はMRI造影検査を受けることができません。喘息の治療中である いいえ・ はい → 造影不可

① 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 _____)

② アレルギー性の病気がありますか いいえ・ はい → (喘息 アトピー性皮膚炎 じんま疹 花粉症 化粧品等のかぶれ その他 _____)

③ 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 腎臓 尿路 血管 胆嚢 脊髄腔 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 → (発疹 吐き気 くしゃみ その他 _____)

④ 両親、兄弟等で①～③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) 検査を依頼される医師がご記入ください。 ※別紙同意書をご説明ください。

血清クレアチニン _____ mg/dl (_____ 月 日 測定、1.5mg/dl以上は検査不可)
※測定値は概ね1ヶ月以内のもの。※当日、検査不可と判断した場合は造影検査を取りやめることがあります。

検査実施中 (検査結果 _____ 日後判明)

未検査 箕面市立病院で血清クレアチニン検査を受けるため、造影検査予約時間の1時間30分前に受診するよう患者さまに指示しています。

■ 問診票確認日 令和 年 月 日 確認医師: _____