

単純 MRI・造影 MRI 問診票と造影 MRI 同意書

年 月 日

氏名： _____

生年月日： T・S・H・R 年 月 日

医療機関名及び医師名

性別： 男 ・ 女 _____

<単純 MRI 検査と造影 MRI 検査をご依頼される先生へ>

以下の項目について、患者様に問診し、のチェックあるいはご記入をお願いします

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> なし | | →ありの場合、検査を行えません。 |
| 2. 人工内耳 | <input type="checkbox"/> なし | | →ありの場合、検査を行えません。 |
| 3. 心血管ステント・静脈フィルター・人工心臓弁 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →注意しながら検査します。 |
| 4. 動脈瘤クリップ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →ありの場合、注意しながら検査します。 |
| 5. 人工関節・骨折治療用金属 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →ありの場合、注意しながら検査します。 |
| 6. 義眼 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →ありの場合、外して検査します。 |
| 7. 事故等による体内金属片 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →ありは検査できない事があります。ご相談ください。 |
| 8. その他の磁性体 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | → <u>体内金属種類記入</u> |
| 9. 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →ありの場合、注意しながら検査します。 |
| 10. 刺青 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →ありは、検査できない事があります。ご相談ください。 |
| 11. 水頭症手術の既往 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →ありは、検査できない事があります。ご相談ください。 |
| 12. 妊娠（女性の方） | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →妊娠 15 週前は、検査を行えません。妊娠 _____ 週 |

造影 MRI 検査を依頼される場合は、以下の項目について問診を追加しのチェックをご記入の上、下記の造影 MRI 検査同意書にサインを頂いて下さい。

- | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|
| 13. ガドリニウム系造影剤過敏症 | <input type="checkbox"/> なし | | →ありの場合、造影検査を行えません。 |
| 14. 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> なし | | →ありの場合、造影検査を行えません。 |
| 15. 重篤な肝・腎障害 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →ありの場合、造影検査を行えません。 |
| 16. ヨード造影剤過敏症 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →ありの場合、注意しながら検査します。 |
| 17. 薬物・食物アレルギー | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | →ありの場合、注意しながら検査します。 |

別紙「MRI 検査を受けられる方へ」を患者様にお渡し下さい。

<患者様へ>

造 影 MRI 検 査 同 意 書

別紙「MRI 検査を受けられる方へ」をよく読み、造影 MRI 検査の必要性、危険性、代替検査の有無などについて十分に理解し、十分な質問の機会を得ました。造影 MRI 検査を受けることに同意します。また、検査を行う上で予測されない状況が発生した場合には、それに対する緊急処置を受けることにも併せて同意します。

年 月 日

患者（代理人）氏名 _____