

# MRI 検査・造影 MRI 検査【問診票・同意書】

患者 ID :

患者名 :

生年月日 :

検査日 :

年

月

日

## 検査前にお知らせください(問診票)

安全に検査を行うために以下の質問にお答えください。

- 心臓にペースメーカー、ICD(埋め込み型除細動器)の有無: [ あり (MRI 対応・MRI 非対応)・なし ]  
※MRI 対応のペースメーカーでも術後 6 週経過していること
- 妊娠している方、又その可能性のある方: [ あり・なし ]
- 手術で機械弁、人工関節、脳動脈瘤クリップ、避妊リングなどの金属が体内にある方: [ あり・なし ]
- イレウスチューブが入っている方: [ あり・なし ]
- 刺青(イレズミ)がある方: [ あり・なし ]
- 閉所恐怖症の方: [ あり・なし ]
- 体重: \_\_\_\_\_ kg
- 貼付剤の記載( ) ※可能であれば検査予定を、貼替日に合わせて組んでください  
検査日は貼替に備え、貼付剤を持参してください

※造影剤を投与する検査を受けられる方のみお答えください。

- 以前の造影検査歴: [ あり (□CT、□MRI、□血管造影、□尿路造影)・なし ]  
またその時に気分不良等異常があれば詳しく記載: [ ]
- 気管支喘息: [ あり・なし ]
- 腎臓病の有無: [ あり (□腎不全、□透析中など)・なし ]  
腎機能 eGFR 値: \_\_\_\_\_ Cr 値: \_\_\_\_\_ BUN 値: \_\_\_\_\_ (検査日: \_\_\_\_ / \_\_\_\_)
- アレルギー歴: [ あり (□アトピー、□アレルギー性鼻炎、□薬剤アレルギー、□食物アレルギー)・なし ]
- てんかん、けいれん歴の有無: [ あり・なし ]

※MRCP(ボースデル使用)の検査を受けられる方のみお答えください。

- 消化管の穿孔又はその疑いがある [ はい・いいえ ]
- ボースデルに過敏症の既往症がある [ はい・いいえ ]

当日確認 4 時間以内の食事: [ 有・無 ]

確認担当:( )

医師の記入欄

入院中、本同意により複数回検査する場合があります(薬剤を使わない場合に限る)。  
ただし、検査目的が大きく異なる場合は、説明や同意を再取得いたします。  
造影剤投与等による重篤な副作用が起こった場合、緊急処置を受けることがあります。  
私は現在の病状や MRI 検査について説明を受け、納得しましたので MRI 検査を受けることに同意します。 ※同意はいつでも取り消しを申し出ることができます。

承諾日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 紹介医師

MRI 検査について説明しました \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者または代理人 署名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

出水郡医師会広域医療センター 説明医師: