

造影MRI | 検査問診票・同意書

ふりがな
お名前

性別

生年月日

年齢

体重

造影剤の必要性と副作用をよく理解していただいた上で安全に検査を行うために、
下記の項目にお答え下さい

- ①気管支喘息といわれたことがありますか。 いいえ・はい
・はいと答えた方に質問します。現在は気管支喘息の治療をしていますか。 いいえ・はい

- ②今までに造影剤(注射)を用いた以下のような検査を受けたことがありますか。 いいえ

MRI CT 血管造影 尿路造影 その他()

・はいと答えた方に質問します。その時、副作用がありましたか。 いいえ

吐き気 発疹 くしゃみ かゆみ 咳 のどの違和感 その他()

- ③以下のアレルギー体質、アレルギー性の病気や薬の副作用はありますか。

いいえ

じんましん アトピー性皮膚炎 食物アレルギー アレルギー性鼻炎
 飲み薬・注射薬()に対するアレルギーや副作用歴
 金属アレルギー
 その他()

- ④以下にあてはまる病気、項目がありますか。

いいえ

心臓病 高血圧 糖尿病 腎臓病 透析中 けいれん

- ⑤これまで腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか。 いいえ・はい

- ⑥女性の方のみお答えください。

現在、授乳中ですか。

いいえ・はい

- ⑦造影剤を使用することについて理解し、使用することに同意しますか。 いいえ・はい
はいの場合、同意のご署名をお願いします。

平成 年 月 日 患者様又は代理人 氏
未成年者は親権者 名

(続柄:)

※この問診票は検査当日に、MRI検査担当技師にお渡し下さい。

※分からないことはご遠慮なくお尋ねください。