

造影MRI検査を受けられる方へ

検査日： \_\_\_\_\_ 検査名： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_ kg

今回あなたは、上記の検査を受けられますが、この検査には「ヨード造影剤」という薬を使用します。検査を安全に行うために、下の質問の「はい」「いいえ」のどちらかを○で囲んでお答え下さい。

- I
- 1) 喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか？……………（はい ・ いいえ）
  - 2) 食事によってじんましんがでたことがありますか？……………（はい ・ いいえ）
  - 3) アレルギー性の病気があると言われたことがありますか？……………（はい ・ いいえ）
  - 4) 今までに糖尿病、心臓の病気をしたことがありますか？……………（はい ・ いいえ）
  - 5) 今までに腎臓の病気又は腎機能が悪いと言われたことはありますか？……（はい ・ いいえ）
  - 6) 鉄注射剤による鉄過敏症又はヘモクロマトーシス等の鉄過敏症の既往歴はありますか？……………（はい ・ いいえ）

- II
- 今までに薬を飲んだり注射を受けたときに、じんましんがでたり気分が悪くなったことはありますか？……………（はい ・ いいえ）

その薬の名前は？ \_\_\_\_\_

- III
- 今まで造影剤を注射する検査（CT、MRI、腎尿路造影、胆嚢造影、血管造影等）を受けたことがありますか？……………（はい ・ いいえ）

上のIIIの質問で“はい”と答えられた方だけ次の質問にお答え下さい。

- A) じんましんがでましたか？ ……………（はい ・ いいえ）
- B) 気分が悪くなりましたか？ ……………（はい ・ いいえ）
- C) くしゃみやせきがでて、息苦しくなりましたか？ ……………（はい ・ いいえ）
- D) そのほか体の具合が悪くなりましたか？ ……………（はい ・ いいえ）

- IV
- その他ご不明な点、お気づきになった点がありましたらお書き下さい。

「MRI専用造影剤についての説明書」を理解し、造影検査に同意された方はご署名をお願いします。（本人が署名できない場合は、代理の方の署名をお願いします。）

本人： \_\_\_\_\_

代理： 続柄（ \_\_\_\_\_ ） 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

造影MRI検査を依頼された医師の方へ

患者さんに上記問診票を記入していただくと共に、下記の＜禁忌＞＜原則禁忌＞に該当する患者さんでないことをご確認下さい。

- ＜禁忌＞ 1.MRI専用造影剤（ガドリニウム系造影剤）に対し過敏症の既往歴のある方  
 ＜原則禁忌＞ 1.一般状態が極度に悪い方 2.気管支喘息のある方  
 3.腎機能 eGFR30未満の方 4.重篤な肝障害のある方

上記患者に対して、私が検査および造影剤使用の目的について説明しました。その上で、問診結果と合せ、MRI専用造影剤の使用は

可 不可 医師名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

検査前 確認	看護師： _____	(備考)
	技 師： _____	