

検査日 \_\_\_\_\_  
 患者 ID \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_

検査名 \_\_\_\_\_  
 体重 \_\_\_\_\_ kg

四日市羽津医療センター

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MRI専用造影剤を使用します。  
 検査を安全に行うために、以下の質問に「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）  
 上記IIIの質問で“はい”と答えられた方のみ、次の質問にお答え下さい。  
 A) じんましんができましたか？ ……………（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 現在妊娠されている方、妊娠の可能性がある方。……………（はい ・ いいえ）  
 安全性が確立されていません。
- V 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。

別紙【MRI専用造影剤の説明】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表を記入していただくと共に、下記の<禁忌><原則禁忌>に該当してい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、以下の通り判断しました。

可 不可 医師名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 同席者又は確認者： \_\_\_\_\_

検査前	看護師：	(備考)
確認	技 師：	