

地域医療室へTEL後FAX

MRI単純検査添付書類・MRI造影検査添付書類①  
この書類は検査依頼書と一緒にFAXしてください。

MRI【単純】検査問診票兼同意書・MRI【造影】検査問診票(別紙同意書あり)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日

■ (全員) 検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください。

★ 体内の金属類についてお聞きします。重要な事項ですので、医師の確認のもとでお答えください。  
※下記に該当する患者さまは、MRI検査を受けることができません。  
(a) 体内電子機器を装着している(ペースメーカー、人工内耳、体内神経刺激装置など) いいえ・はい → 検査不可 (MRI対応ペースメーカーについても施設基準の関係上、対応できません)  
(b) スワンガンツカテーテル、脳室シャントチューブを挿入している いいえ・はい → 検査不可  
(c) 磁力で付着する義眼(取外せば可能)、眼窩部インプラント、眼窩内金属異物がある いいえ・はい → 検査不可  
(d) 入れ墨を入れている(火傷を負ったり色が褪せる場合があります) いいえ・はい → 検査不可  
① 脳動脈瘤クリップがある いいえ・はい ※材質不明のものは検査を受けることができません  
② 術後の体内金属がある いいえ・はい (部位: \_\_\_\_\_) ※ステント等は術後9週日以降で検査可能  
③ 義歯を使っている いいえ・はい → 脱着: 可・不可 (マグネット式: あり・なし)  
④ コンタクトレンズを使用している いいえ・はい ※検査時は外していただきます  
⑤ 薬剤浸透性絆創膏(コバ創パッド)を貼っている いいえ・はい ※検査時は外していただきます  
⑥ アイシャドー・まゆ墨をしている いいえ・はい ※火傷を負う場合があります  
⑦ 何か金属類が体内にある いいえ・はい (内容: \_\_\_\_\_)  
⑧ 妊娠している(妊娠の可能性がある) いいえ・はい → (妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月)  
⑨ 閉所恐怖症がある いいえ・はい

◇ 【MRI単純検査同意書】※単純検査のかたのみ必ずご記入ください。  
【 問診の結果及び検査の必要性・危険性について、医師の説明に理解し、検査を受けることに同意します。 】 註: 患者さまが自分で記載できない状態のときは、代理人が必要です。自筆でご署名ください。患者さまが未成年の場合には親権者(2名いらっしゃれば原則として2名)の署名が必要です。  
平成 年 月 日 患者署名: \_\_\_\_\_ 親権者または代理人 \_\_\_\_\_ 親権者または代理人 \_\_\_\_\_

◆ (医師確認) 検査を依頼される医師がご記入ください。

★ 腹・骨盤部の依頼のみ鎮痙剤の使用についてお聞きします。  
※検査部位により腸の動きを一時的に弱くする薬を使用する場合があります。  
(a) スポラミン(ブスコパン) 不可・可 (b) グルカゴン 不可・可

■ (造影検査のかたのみ) ※別紙同意書にご署名ください。  
造影剤(ガドリニウム製剤)を安全に使用するため、以下の項目にお答えください。

※喘息の治療中はMRI造影検査を受けることができません。喘息の治療中である いいえ・はい → 造影不可  
① 薬、食べ物にアレルギー反応はありますか  
いいえ・はい → (かぜ薬、痛み止め、魚、卵、その他) \_\_\_\_\_ )  
② アレルギー性の病気がありますか  
いいえ・はい → (喘息、アトピー性疾患、じんま疹、花粉症、化粧品等のかぶれ、その他) \_\_\_\_\_ )  
③ 過去に造影剤を使った画像検査を受けたことがありますか  
いいえ・はい → (MR、CT、腎臓、尿路、血管、胆嚢、脊髄腔、子宮卵管、その他) \_\_\_\_\_ )  
※「はい」の方にお聞きします。造影剤による副作用はありましたか  
いいえ・はい → (発疹、吐き気、くしゃみ、その他) \_\_\_\_\_ )  
④ 両親、兄弟等で①～③に該当する体質、病気の方はいますか  
いいえ・はい → (続柄: \_\_\_\_\_ 内容: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ )

◆ (医師確認) 検査を依頼される医師がご記入ください。 ※別紙同意書をご説明ください。

□ 血清クレアチニン \_\_\_\_\_ mg/dl ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日測定、1.5mg/dl以上は検査不可)  
※測定値は概ね1ヶ月以内のもの  
□ 検査実施中 (検査結果 \_\_\_\_\_ 日後判明)  
□ 未検査 箕面市立病院で血清クレアチニン検査を受けるため、造影検査予約時間の1時間30分前に受診するよう患者さまに指示しています。

■ 問診票確認日 平成 年 月 日 確認医師: \_\_\_\_\_