

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・R _____ 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)
(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
(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
(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)

- ① 脳動脈瘤クリップがある
② 術後の体内金属がある
③ 義歯を使っている
④ コンタクトレンズを使用している
⑤ 薬剤浸透性絆創膏(コシロパッパ)を貼っている
⑥ アイシャドー・まゆ墨をしている
⑦ 何か金属類が体内にある
⑧ 妊娠している(妊娠の可能性がある)
⑨ 閉所恐怖症がある

◇ 【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。】 注: 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。

令和 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 _____

■ (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
② アレルギー性の病気がありますか
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
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

◆ (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 令和 年 月 日 確認医師: _____