ＭＲＩ問診票・同意書

患者様・院内保管

ID:	この問診票・同意書は、MR検査について理解を深めて頂き、安心して検査を受けて頂くために必要なものです。
氏名	
生年月日　　性別	紹介元　　医師

ＭＲＩ検査

検査年月日　　年　　月　　日

問診項目

◎MR検査を安全に施行するため、下記の項目について該当する方にチェックをお願いします。

1. MR検査を以前に受けたことがある。　□はい　□いいえ
2. 心臓ペースメーカーを使用している。　□はい　□いいえ
3. 脳動脈瘤の手術（脳動脈クリッピング等）を受けている。　□はい　□いいえ
4. 人工内耳・義眼等を使用している。　□はい　□いいえ
5. 医療用金属（ステント・人工関節等）が体内外に存在する。　□はい　□いいえ
   具体的に（　　）
6. 異物（金属片等の異物、特に眼球内異物）が体内外に存在する。　□はい　□いいえ
7. 閉所恐怖症がある。　□はい　□いいえ
8. 入れ墨（タトゥー）、マユ墨（眉毛）を施している。　□はい　□いいえ
9. 現在、妊娠中・妊娠の可能性がある。　□はい　□いいえ

*問診項目の内容によっては、検査ができないことがあります。

造影検査の場合のみ記入

1. MR検査用の造影剤を使用したことがある。　□はい　□いいえ
2. MR造影剤を使用した際、気分不良・発疹等の副作用がでたことがある。　□はい　□いいえ
3. アレルギー歴がある。具体的に（　　）　□はい　□いいえ
4. eGFR値＿＿＿ ml/min/1.73㎡　採血日　月　日　（造影検査前 3ヶ月以内の採血から算出します）

◎造影剤使用による腎性全身性線維症を防止するために腎機能を調べておく必要があります。
eGFR値 30 ml/min/1.73㎡未満の場合は、原則禁忌とします。

MR検査同意書

私はMR検査について説明をうけ、検査担当者の指示に従い検査を受けることに同意いたします。また、問診票の記載には相違ありません。

署名日　　年　　月　　日　　患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人＿＿＿＿＿＿＿＿

JCHO宇和島病院　TEL 0895（22）5616

2015.06改正　2019.10.10改正