

MRI 造影検査のための問診票・同意書

患者様用

JA 高知病院 病院長殿

問診日

年

月

日

1. 今までに造影剤（注射／点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？（いいえ・はい）
1)CT検査（ヨード） 2)腎・尿路造影（DIP/IVP） 3)胆のう・胆管造影（DIC）
4)血管造影 5)心臓カテーテル検査 6)MRI検査（ガドリニウム）
2. その時、副作用はありましたか？（いいえ・はい）
発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・その他（ ）
3. 治療を要するアレルギーはありますか？（いいえ・はい）
「はい」の場合は、詳しくお書き下さい。（ ）
4. 薬物治療が必要なぜんそく、アトピーにかかったことがありますか？（いいえ・はい）
（ ）
5. 現在透析中ですか？（いいえ・はい）
6. 妊娠中または妊娠している可能性がありますか？（いいえ・はい）
7. その他、気になることや伝えたいことがあればお書き下さい。
（ ）

私は造影剤使用の必要性と副作用などについて説明を受け、納得したので造影剤使用に同意します。
(同意された場合でも、撤回することは可能です。)

年 月 日

患者氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

代理者氏名： _____

(続柄)

住所： _____

電話番号： _____

※8、9は医師または看護師による記入をお願いします。

8. 直近3ヵ月以内の eGFR (疾患の急性増悪期又は入院患者は7日以内) ※15未満は主治医に確認してください。

日付： _____

eGFR： _____

9. 心疾患で服薬治療中の方でβ遮断薬内服中であれば、万が一アナフィラキシーが起こった場合の治療でアドレナリンの効果が減弱されるので、代わりにグルカゴンが必要となります。

β遮断薬内服 (あり・なし)

診療科： _____

担当医師： _____



患者 ID： _____

検査日： _____

年

月

日

同席看護師： _____

MRI 造影検査のための問診票・同意書

放射線科保管用

JA 高知病院 病院長殿

問診日

年

月

日

1. 今までに造影剤（注射／点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？（いいえ・はい）

- 1)CT検査（ヨード） 2)腎・尿路造影（DIP/IVP） 3)胆のう・胆管造影（DIC）
4)血管造影 5)心臓カテーテル検査 6)MRI検査（ガドリニウム）

2. その時、副作用はありましたか？（いいえ・はい）

発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・その他（ ）

3. 治療を要するアレルギーはありますか？（いいえ・はい）

「はい」の場合は、詳しくお書き下さい。（ ）

4. 薬物治療が必要なぜんそく、アトピーにかかったことがありますか？（いいえ・はい）

（ ）

5. 現在透析中ですか？（いいえ・はい）

6. 妊娠中または妊娠している可能性がありますか？（いいえ・はい）

7. その他、気になることや伝えたいことがあればお書き下さい。

（ ）

私は造影剤使用の必要性と副作用などについて説明を受け、納得したので造影剤使用に同意します。

（同意された場合でも、撤回することは可能です。）

年

月

日

患者氏名：

住所：

電話番号：

代理者氏名：

（続柄）

住所：

電話番号：

※8、9は医師または看護師による記入をお願いします。

8. 直近3ヵ月以内のeGFR（疾患の急性増悪期又は入院患者は7日以内）※15未満は主治医に確認してください。

日付：

eGFR：

9. 心疾患で服薬治療中の方でβ遮断薬内服中であれば、万が一アナフィラキシーが起こった場合の治療でアドレナリンの効果が減弱されるので、代わりにグルカゴンが必要となります。

β遮断薬内服（あり・なし）

診療科：

担当医師：

印

患者ID：

検査日：

年

月

日

同席看護師：