

(紹介元)

# MRI検査予約票・同意書

御依頼元：医療機関名

氏名

生年月日

性別

御依頼医師名

予約日時	年	月	日	AM PM	時	分より
------	---	---	---	----------	---	-----

## 【MRI検査 問診票】

- 心臓ペースメーカーを装着している。(対応・非対応 \*どちらかに○)  いいえ  はい
- 脳動脈瘤クリップやコイリングを入れている。(対応・非対応 \*どちらかに○)  いいえ  はい
- 心臓人工弁を入れている。(対応・非対応 \*どちらかに○)  いいえ  はい
- ステントグラフトを入れている。(対応・非対応 \*どちらかに○)  いいえ  はい
- 避妊リングや人工内耳を装着している。(対応・非対応 \*どちらかに○)  いいえ  はい
- ステントを入れている。(挿入日： 年 月 日)  いいえ  はい
- 手術や事故などで体内に金属が入っている。(部位： )  いいえ  はい
- 入れ墨やカラーコンタクト、マスカラをつけている。  
(染料に金属を含んでいる場合、低温火傷の可能性あり)  いいえ  はい
- 現在一般状態が極度に悪い。  いいえ  はい
- 頭部用可変式V-Pシャントを装着している。(対応・非対応 \*どちらかに○)  いいえ  はい
- J-VAC(低圧持続吸引)や磁石開閉式バルーンカテーテルキャップを装着している。  いいえ  はい
- 現在妊娠中、またはその可能性がある。(妊娠 月)  いいえ  はい
- 貧血治療のため鉄剤を投与している。  いいえ  はい
- 体重をご記入下さい。(不明の場合はおよその値を記載して下さい)  いいえ  はい  
体重 \_\_\_\_\_ kg

## 【MRI造影検査 問診票】

- 以前にMRI造影剤で副作用の既往歴がある。  
(具体的な症状 )  いいえ  はい
- 気管支喘息の治療中である。  いいえ  はい
- この5年以内に喘息の発作を起こしたことがある。  いいえ  はい
- 重篤な腎障害がある。  
(腎障害がある場合、腎性全身性線維症：NSFを考慮する)  いいえ  はい
- アレルギー体質である。  いいえ  はい
- 薬物過敏症の既往歴がある。  いいえ  はい
- 現在授乳中である。  いいえ  はい

## 【鉄製造影検査 問診票】

- 鉄過敏症や鉄過剰症(ヘモクロマトーシス等)である。  いいえ  はい
- 現在、出血しているところがある。  いいえ  はい

## 同 意 書

TMGあさか医療センター 病院長 殿

検査の必要性、内容、副作用などについて医師より十分な説明を受けそれを了解しました。よって検査の実施を承諾します。なお、偶発症の発生の際には、医学的な処置を受けることも同意します。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ (本人・代筆者)どちらかを○で囲んで下さい

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ 患者との続柄( )

(御依頼医師記入欄) 患者様は記入しないでください

3ヶ月以内の eGFR値 \_\_\_\_\_ ml/min/1.73m<sup>2</sup> ※記入がないと造影できません。

検査の適応判断  リスクなし  リスクあり 実施にあたり御依頼医師の指示 ( )

御依頼医師署名 \_\_\_\_\_

### 【不同意と撤回】

説明を受けられた検査をお受けになるか否かは、自由意思によってお決めください。

同意されないこともできますし、一度、同意された場合でも撤回することができます。

※上記内容によっては検査が中止または、撮像方法が変更となる場合がございます。ご了承下さい。