

⑥造影MRI検査に関する問診票

安全に検査を実施する為に以下の質問にお答え下さい（□に✓を入れて下さい）

1. 今までに造影剤を用いた検査を受けた事がありますか？
□なし □あり（□CT □MRI □腎臓・尿路造影 □胆嚢造影 □血管造影 □その他： _____）
※ありの方に質問いたします。その時、副作用はありましたか？
□なし □あり（□発疹 □吐き気 □嘔吐 □その他： _____）
2. 今までに喘息と言われたことがありますか？ □なし □あり
3. アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？
□なし □あり（□じんま疹 □アレルギー性鼻炎 □アトピー性皮膚炎 □食物アレルギー）
□薬のアレルギー： _____ □その他： _____
4. 今までに腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？ □なし □あり
【女性の方のみ】
5. 現在妊娠中、または授乳中ですか？ □いいえ □はい

※別紙「造影剤を使用する検査に関する説明書」の内容説明、上記問診票のご記入後、下記に説明された先生のご署名をお願いいたします。署名がない場合は、単純検査とさせていただきますので予めご了承下さい。

紹介元医療機関名： _____ 医師署名： _____

造影剤を使用するMRI検査に関する同意書

（説明内容は別紙「造影剤を使用する検査に関する説明書」参照）

東京高輪病院院長 殿

私は造影剤使用に関して、「造影剤を使用する検査に関する説明書」に基づき十分な説明を受けると共に、質問する機会を得ました。この説明により、予定されている造影剤を使用する検査について理解できましたので、造影検査を実施することに同意いたします。

検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者番号 _____ 患者氏名 _____ 印 _____

代理人 _____ 印（続柄： _____）