造影MRI検査に関する問診票・同意書

● 造影剤を使用した検査を安全に実施する為に以下の質問にお答え下さい

今までに造影剤を用いた検査を行い、副作用の症状がでたことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

☐ はい にチェックがある方は症状をご記入ください

・発疹　・吐き気　・嘔吐　・その他（　　）

現在、喘息の症状がありますか？または喘息の治療中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

☐ はい にチェックがある方は、アレルギーの種類をご記入ください

・じんま疹　・アレルギー性鼻炎　・薬のアレルギー

・アトピー性皮膚炎　・食物アレルギー　・その他（　　）

現在、人工透析治療を行っていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

現在妊娠中、または授乳中ですか？ (女性の方のみ) ☐ はい ☐ いいえ

医師署名：

検査予定日：　　年　　月　　日

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）

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。

記入日　　年　　月　　日

患者氏名

代理人　　(続柄:　　)

JCHO 独立行政法人地域医療機能推進機構
東京高輪病院