

# MRI検査に関する文書

ご記入  
お願いします

## MRI検査を受けられる方へ ② 問診票

フリガナ  
氏名 様  
生年月日 ( )才 性別 :  
予約日 : 予約時間 :

検査を安全に行うため、体内装置や金属の情報申告にご協力をお願いします。  
以下の「有・無」を○で囲み、必要な時は( )にも記入して下さい。

### ● 体内埋め込み型装置 (MRI非対応のものは検査が出来ません)

有・無 心臓ペースメーカー  
有・無 人工内耳

### ● 体内埋め込み金属

有・無 脳動脈瘤クリップ  
有・無 髄液シャントシステム (V-Pシャント / L-Pシャント)  
有・無 その他金属 (部位 : )

### ● その他の情報

有・無 閉所恐怖症  
有・無 尿道バルーンカテーテル  
有・無 外せる義歯  
有・無 補聴器  
有・無 カラーコンタクトレンズ  
有・無 ヒートテック等の保温性肌着  
有・無 かつら・ウィッグ・増毛スプレー  
有・無 血糖値(グルコース)センサー

有りの場合、  
検査前に外していただくか、  
またはつけずに来院して下さい。

有・無 ネイル・化粧  
有の場合 ⇒ 検査当日はつけずに検査します。 はい・いいえ  
いいえの場合 ⇒ やけどや変色のリスクを理解した上で検査します。 はい・いいえ

有・無 入れ墨・アートメイク  
有の場合 ⇒ やけどや変色のリスクを理解した上で検査します。 はい・いいえ

有・無 妊娠または妊娠の可能性  
有の場合 ⇒ 検査の可否について主治医とご相談下さい。

記入者氏名 \_\_\_\_\_

ご記入・ご署名  
お願いします

## ガドリニウム造影剤使用に関する問診票・同意書

氏名 様  
生年月日 : ( )才 性別 :

### 1: 造影剤使用歴

造影剤による副作用の既往  
頭痛・吐き気・発疹・咳・くしゃみ・息苦しさ  
あり・なし  
あり・なし  
その他( )

### 2: 気管支喘息の既往

あり・なし

### 3: 薬・食べ物でのアレルギー歴 (じんましん等)

あり・なし

### 4: 腎機能低下

あり・なし

### 5: 甲状腺機能亢進症

あり・なし

### 6: 妊娠又は妊娠の可能性

あり・なし

ご記入  
お願いします

医師確認欄

担当医による記入  
をお願いします

造影剤を使用することにより、身体内部の構造が明瞭に描出され、より正確な診断が可能になります。しかし、時に副作用(皮疹・吐き気など)が出現し、まれにショックのような重篤な合併症が出現する事があります。その際は、それに応じた処置を適宜実施いたします。

\*造影検査およびそれに伴う合併症に関する説明を受け、検査の施行に同意します。

ご記入  
お願いします

平成 年 月 日

患者氏名 : \_\_\_\_\_

又は代理人 氏名 : \_\_\_\_\_

患者様との続柄( )

ガドリニウム造影剤

造影検査可否

可・不可

検査時の注意事項

医師署名

平成 年 月 日

京都きづ川病院

当院の放射線科医が記入します