造影MRI検査　問診票・承諾書

（紹介患者様用）

様　　カルテ No.

検査予約日時	年　月　日　(　)	時　分

●検査当日は、予約時間の 30 分前までに受付を済ませてください。
●予約変更の場合は、三宅おおふくクリニック（TEL：086-281-2020）へご連絡ください。

食事について

□　今回の MRI 検査は造影撮影です。検査３時間前から絶食になります。（水、お茶は飲んでもかまいません）
□　胆のう、膵臓の検査の方は検査３時間前から絶食絶飲水です。（水も飲まないでください）

造影剤の副作用について

検査の内容によっては、造影剤の注射をさせていただく可能性があります。造影剤を使うことにより病気の状態をより正確に診断することが可能となります。造影剤は安全な薬ですが、まれに副作用がおこることがあります。

1. 軽い副作用：発疹、かゆみ、吐き気、おう吐など　...　100 人に対して 1 人程度
2. 重い副作用：ショック（ひきつけ、意識消失など）...　20 ～ 40 万人に対して 1 人程度

軽い副作用ではほとんどの場合治療を必要としませんが、重篤な副作用を含め必要時には適切な治療を行います。わからないことがありましたらご質問ください。

問診

お手数ですが、安心して検査を受けていただくために以下の質問についてお答えください。（答えを○で囲んでください）

1. 今までに MRI 検査を受けたことがありますか？……はい・いいえ・わからない
   (1)「はい」と答えた方、MRI 検査時に造影剤を使用しましたか？‥使用していない・使用した・わからない
   (2)「使用した」と答えた方、副作用（吐き気、発疹など）はありましたか？……はい・いいえ
2. 心臓にペースメーカーを使用していますか？ ……はい・いいえ
3. 人工内耳を使用していますか？ ……はい・いいえ
4. 体内に金属が入っていますか、手術などにより入っていると言われたことがありますか？ ……はい・いいえ
   （手術クリップ、骨折用プレート、人工関節、事故・怪我による金属破片、金属避妊具など)‥‥はい・いいえ
5. 目の中に事故や怪我で金属片が入ったことがありますか、また義眼を使用されていますか？ ‥‥はい・いいえ
6. じん麻疹、アレルギーを起こしやすい体質ですか？ ……はい・いいえ
7. 気管支喘息にかかったことがありますか？ ……はい・いいえ
8. 腎機能が悪いと言われたことがありますか？ ……はい・いいえ
9. 閉所恐怖症ですか？ ……はい・いいえ
10. 現在体重はどのくらいありますか？ ……(　　kg)

女性の方へ（腹部・骨盤の検査を受けられる方のみ）

11. 最終生理を記入してください。(　　月　　日)(　　歳閉経)
12. 現在、妊娠またはその可能性がありますか？ ……はい・いいえ
13. 現在、授乳中ですか？ ……はい・いいえ

※授乳中の方で、造影剤を注射された場合は、２４時間は授乳を避けてください。

年　　月　　日　　主治医 (説明医)

承諾書

私は上記日程の MRI 検査を受けることを承諾します。

年　　月　　日　　患者様 (同意人)　　署名

患者さまとの関係 (　　)

医療法人　緑風会　三宅おおふくクリニック　　2018.4　改定