

# CT・MRI造影検査のための問診票

検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答えください。

- |  | はい                       | いいえ                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. 今まで、造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？<br>CT検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影、MRI検査、その他( )      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. その時、副作用はありましたか？<br>発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他( )                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？<br>ぜんそく、じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、その他( ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. これまでに腎臓が悪いと言われたことはありますか？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 透析をされていますか？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. これまでに甲状腺が悪いと言われたことがありますか？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 現在、糖尿病内服薬にて治療中ですか？<br>‘はい’の場合、メグルコ、グリコラン、メホルミンなどですか？                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 造影検査同意書

私は、造影検査における造影剤使用に関して、造影剤を使用する目的、副作用、または副作用が現れた場合の対応及び造影検査の必要性について説明を受け、質問をする機会を与えられました。

その結果(□の中にチェックを入れて下さい)

- 必要に応じて、造影剤の投与を受けることに同意いたします。
- 造影剤の投与を受けることに同意いたしません。

明石医療センター 院長 殿

平成 年 月 日

患者氏名: \_\_\_\_\_

(本人が未成年又は署名できない場合は、保護者又は代理人がご記入下さい)  
(続柄: \_\_\_\_\_)

主治医氏名 \_\_\_\_\_ 印

# MRI問診票

MRI検査は大きな磁場内に身体を入れ、身体各部の断層像を見るものです。通常のX線検査と異なりますので、検査にあたり下記の間診にお答え下さい。（□にレ印を入れて下さい）

\*本人が記入できない場合は、付き添いの方に記入してもらって下さい。

- |   | はい                       | いいえ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 心臓ペースメーカを使用していますか   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 今までに手術をしたことはありますか<br>'はい'と答えられた方は具体的に( )<br>*例)銃弾etc...         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 身体の中に金属が入っているといわれたことがありますか<br>(脳動脈瘤クリップ・人口内耳・骨成長刺激装置・人口心臓弁・( )等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 取り外しの出来る義歯を使用されていますか  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 義眼を使用されていますか  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 眼の中 ・ 身体の中に仕事・事故などにより金属が入った経験がありますか                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 コンタクトレンズを使用されていますか  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 女性の方へ、現在妊娠している可能性はありますか   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 閉所恐怖症ですか  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 てんかんの発作を起こした事がありますか  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 入れ墨がありますか(入れ墨部分に熱を帯びる事があります)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**腹部・骨盤検査時のみ**(腸の動きを止める薬剤を筋注・消化管造影剤(鉄剤)を飲水して頂く場合があります)

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 12 下記の病氣中で今までにかかったことのあるものを○で囲ってください<br>(緑内障・狭心症・不整脈・糖尿病・前立腺肥大) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 ヘモクロマトーシス等鉄過敏症と言われた事がありますか                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 今までに薬物過敏症と言われた事がありますか                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※ 身長と体重をご記入ください。身長( )cm 体重( )kg

記入日 : 平成 年 月 日 署名 ( )