

【 MRI造影検査に関する問診票 】

公立那賀病院 中央放射線科

I D	
名 前	様
性 別	

検査日	
予約時間	
診療科	
病棟・外来	

《検査を安全に行うために、次の質問にお答えください》

	記入日	年	月	日
1) 今までに造影剤を使用してMRI検査を受けられたことがありますか。	☐ はい	☐	☐	いいえ
2) 造影剤を使用した時に副作用が起ったことがありますか。	☐ はい	☐	☐	いいえ
☐ 嘔気・嘔吐 ☐ かゆみ・発疹 ☐ 喉の不調・呼吸困難 ☐ 血圧低下 ☐ その他()				
3) 気管支ぜんそくと診断されたことがありますか。	☐ はい	☐	☐	いいえ
4) アレルギー体質と診断されたことがありますか。	☐ はい	☐	☐	いいえ
☐ 花粉症・アレルギー性鼻炎 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ じんま疹 ☐ その他()				
5) 腎機能が低下していると診断されたことがありますか。	☐ はい	☐	☐	いいえ
6) 現在、透析治療中もしくは透析歴がありますか。	☐ はい	☐	☐	いいえ
7) 現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか。	☐ はい	☐	☐	いいえ
8) 現在、授乳中ですか。	☐ はい	☐	☐	いいえ
※ 造影剤の量を計算するために、直近の体重を記入してください。 (kg)				

医師 記入欄

☐ 前処置および特別な指示あり

直近 血清クレアチニン値 (mg/dl)

※※※ ガドリニウム造影剤を使用する場合の注意事項 ※※※

【禁忌】 該当する場合は使用できません。

- ☐ ガドリニウム造影剤に過敏症がある。
- ☐ 重篤な腎機能障害がある。

【原則禁忌】 検査立会をお願いする場合があります。

- ☐ 一般状態が極度に悪い。
- ☐ 気管支喘息がある。
- ☐ 重篤な肝障害がある。

主治医は問診を確認後、サインをお願いします。

☐ いつも通り造影

☐ 主治医立会いで造影

☐ CVポート(パワーポート)より造影

CVポートは造影剤注入可能であり適切に管理されているものに限る

主治医 氏名:

IV 担当 看護師: