

患者さんへお渡しください

MRI 検査問診票

お名前

生年月日 年 月 日

MRI 検査を安全に行うための質問です。該当するものを選択してください。

1. 現在の体重はどのくらいですか？

kg

2. 下記の項目のものを装着していますか？（「はい」の場合、検査できません）

心臓ペースメーカー 精密機器
人工内耳 人工心臓弁

はい

いいえ

3. 下記の項目のものが体内にありますか？（検査を控えていただく可能性があります）

人工関節 人工骨頭 スtent クリップ
フィルター 金属片（特に目の中） 入れ墨

はい

いいえ

4. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか？

はい

いいえ

5. 下記の項目に使用しているものがありますか？

取り外しのできる義歯 インプラント 義眼
カラーコンタクト カツラ 補聴器 ヘアピン

はい

いいえ

造影検査を行うための質問です。（「はい」があれば造影検査はできません）

6. 医師に喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか？

はい

いいえ

7. 今まで造影剤検査をして副作用がありましたか？

はい

いいえ

8. 現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性がありますか？

はい

いいえ

9. アルコール消毒で皮膚異常になったことがありますか？

はい

いいえ

（「はい」の場合、消毒方法を変更します）

----- 以下、八鹿病院関係者記入欄 -----

注) 造影剤使用量は、体重や検査内容によって変化します。

使用造影剤の選択をして下さい（未記入は、放射線科で対応して頂きます）。

マグネビスト

EOB（肝臓に）

上記以外の造影剤使用の時は、事前に MRI 室（内線 1457）に連絡下さい。

問診者： _____ 主治医： _____

造影検査前までには、必ず推定 GFR (e-GFR) の測定を行ってください。

（e-GFR が 30mL/min/1.73m² 以下では Gd 造影剤の検査ができません！）

e-GFR : _____ mL/min/1.73m² (年 月 日測定)

検査実施日： 年 月 日

検査の実施： 可 不可

使用造影剤： _____

造影剤の使用： 可 不可

使用量： _____ ml

確認医師名： _____

造影実施者名： _____