問診日　　年　　月　　日

MRI検査問診表

ID：
氏名：

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　ステント　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
インスリンポンプ　持続グルコース測定器 〕　☐ はい　☐ いいえ

造影剤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とことがありますか？　☐ はい　☐ いいえ
(「はい」の場合、消毒方法を変更します)

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・以下、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)。
☐ ガドビスト　☐ 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/1.73m　以下ではGd造影剤の検査ができません！)

e-GFR：　　mL/min/1.73m (　　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：＿＿＿＿＿＿

改定1平成21年2月1日、改定2平成23年10月25日、改定3平成25年8月27日、改定4平成26年7月31日、改定5平成26年9月5日、改定6令和4年4月11日