

問診日 年 月 日



## MRI検査問診票

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。

- 現在の体重はどのくらいですか?  kg
- 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
- 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
- 閉所恐怖症(狭いところが苦手)ですか?  はい  いいえ
- 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。

- 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
- 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
- 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
- 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、病院関係者記入欄

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<sup>2</sup>以下ではGd造影剤の検査ができません!)

e-GFR :  mL/min/1.73m<sup>2</sup> ( 年 月 日測定)

問診者 :  検査実施日 :  年  月  日

(医師記入欄)

検査の実施 :  可  不可

造影剤の使用 :  可  不可 確認医師名 :

(造影実施者記入欄)

使用造影剤:  使用量:  造影実施者名: