

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。

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
人工内耳 | 精密機器
人工心臓弁 | } | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 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
フィルター | 人工骨頭
金属片（特に目の中） | ステント
入れ墨 | クリップ | } | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 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
カラーコンタクト
インスリンポンプ | インプラント
カツラ
持続グルコース測定器 | 義眼
補聴器 | } | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------|---|-----------------------------|------------------------------|

造影剤検査を行うための質問です。

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、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 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）

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 :