

MRI検査に関する問診票・説明・同意書（患者用・医療者用）

ID	氏名	年齢	生年月日	体重 kg
検査日	年 月 日 時	部位	頭部・脊椎・腹部・四肢・	
▼ MRI説明書・問診票 ▼				
◆MRI検査では強力な磁場と電磁波を使用するため、心臓ペースメーカーが植込まれていると誤作動の危険があるために検査ができません。また、体内に金属（歯金属を除く）があると、痛み、やけど、出血を起こす可能性があります。事前に申し出てください。（別紙参照）				
●禁忌		●材質等確認してください		
●心臓ペースメーカー （原則MRI対応でも不可） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●体内除細動器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●体内金属片 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●入れ墨・アートメイク <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●体内インシュリンポンプ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		●体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・人工骨頭・人工関節 ・人工内耳・手術クリップ ・リング ●ステント留置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●人工心臓弁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
●検査できない可能性が高い		●外してください		
●閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		・入れ歯・義眼・義手・義足 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・かつら・増毛スプレー ・補聴器・カイロ・エレキバン ・コンタクトレンズ・湿布 ・貼付剤（麻薬等は主治医確認）		

▼ MRI用造影剤についての説明 ▼	
◆MRI検査では、より正確に検査をするために【MRI用造影剤】を静脈に注射します。造影剤を使うとまれに副作用が起こることがあります。	
1) 軽い副作用：じんま疹、吐き気、嘔吐など（100人に対して1人程度発症）。	
2) 重い副作用：意識障害、血圧低下、ひきつけなど（20～45万人に対して1人程度発症）。 症状や体質によっては死亡する場合があります（100万人に対して1人程度発症）。	
3) 造影剤を静脈に注入する際に、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には注射した部位が腫れて痛みを伴うこともありますが、通常は、時間がたてば吸収されます。	
4) 遅発性副作用：数時間から1週間までの期間に、副作用が起こることがあります。発熱、発疹、悪心、血圧低下、呼吸困難などの症状が出る場合があります。そのような場合にはご連絡ください。	
▼ 造影MRI問診票 ▼ 以下は単純MRI検査の場合は記入不要です。	
◆今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか？	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：・MRI検査・CT検査・腎臓検査・血管造影・胆のう検査 <input type="checkbox"/> わからない ↳ <input type="checkbox"/> ありと答えられた方へ その時症状がでましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：じんま疹・吐き気・嘔吐・その他（ ）	
◆以下の病気がありますか？	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：・ぜんそく・アトピー・アレルギー（・薬・食物・金属） <input type="checkbox"/> わからない ・腎臓病・その他（ ）	
◆eGFR値 _____ (ml/min/1.73m ²) 月 日	
↳ (30未満造影不可) 問診者()	

▼ 造影剤使用同意書 ▼	
上記の説明により造影剤を使用することについて説明を受けました。	
どちらかに○をつけてください。同意された場合でも、いつでも撤回することができます。	
造影剤を使用することに <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
記入日： 年 月 日	
患者氏名または代理人（続柄 ） 署名	

*上記に「 <input checked="" type="checkbox"/> あり」がある場合は十分に判断の上署名をお願いします。	
<input type="checkbox"/> 検査可 <input type="checkbox"/> 検査不可	年 月 日 医師署名

問診看護師() 確認看護師(/)(/)(/)