

MRI検査・造影問診票

検査予約日 平成 年 月 日 午前・午後 時 分 (曜日)

患者氏名 _____ 様

- 検査機械の性質上大きな音が出ます。
 - 検査は、トンネルの様な狭い場所で撮影します。
 - 金属類、磁気性のカードなどは、外していただきます。
- 以上のご説明をお願いいたします。

注意事項のお願い に✓の記入をお願いいたします。

1. 体内に金属(人工関節、脳外科や外科での手術歴など)の有無 有る場合 (内容)
2. 腹部、骨盤撮影の場合は、**検査前の食事は禁食してください** (水のみは大丈夫です)
3. 入れ歯、補聴器、カラーコンタクトなどは外していただきます。(刺青等は撮影できない場合があります)
4. 検査衣に更衣をしていただきます。
5. お化粧品などの物に、金属が含まれている場合があります、火傷の可能性もあります。
6. 狭い空間に耐えられる方(閉所恐怖症など)、検査を実施できない場合もあります。

造影検査問診 (造影剤を使用する人のみ)

検査前の食事は禁食して下さい。(水のみは大丈夫です)

1. ヨード過敏の既往歴	あ り	な し
2. アレルギー及び喘息	あ り	な し
3. 腎機能障害	あ り	な し
4. 鉄剤による過敏症	あ り	な し

MRI検査の際に、造影剤という薬を静脈血管より注射しながら撮影しないと診断できない病気もあります。造影剤は、副作用の少ない薬ですが、まれに下記のような副作用を起こす場合があります。

金属による、アナフィラキシーショック、その他の多様な副作用。
したがって、造影剤の必要のある方だけに使用します。
以前に造影剤により副作用の出たことのある方、喘息のある方は副作用が出る可能性が高いため、原則として使用しません。その他、腎障害のある方、鉄剤などに過敏な方は、造影剤の使用はいたしません。

造影検査を必要とするかの最終判断は、検査を担当する放射線科医師が決定します。
上記について同意します。

依頼医師名 _____

ご本人(又は代理人)の署名 _____