

MRI造影剤(ガドリニウム製剤)使用検査の問診票

氏名	性別	年齢	紹介医療機関	検査年月日

安全に造影検査を行うための質問です。該当するものを選択記入して下さい。(造影検査ごとに必要です)

※禁忌事項(次の項目に「はい」があれば造影検査はできません)

1. ガドリニウム造影剤に対して過敏症の既往がある (はい・いいえ)
2. 高度腎機能障害がある(eGFR 30ml/min/1.73m²以下) (はい・いいえ)

※慎重投与事項(次の項目に「はい」がある場合は、造影できないか、慎重投与となります)

3. 今までに造影剤検査をして副作用はありましたか? (はい・いいえ)
(造影MRI・造影CT・血管造影・胆道造影・尿路造影・その他_____)

3. で「はい」と答えられた方→いつ、どのような症状でしたか?

(検査年月日) _____ (症状) _____

4. 今までに喘息といわれたことがありますか? (はい・いいえ)
(現在治療中 ・ 1年以内に発作が出ていない ・ 小児ぜんそく)

5. 今までに薬、注射、食べ物でアレルギーが出たことがありますか? (はい・いいえ)
(アトピー ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ その他_____)

6. 自己免疫疾患で治療中または治療を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
(リウマチ ・ 膠原病 ・ その他_____)

7. 肉親(近親血縁者)に造影剤で重篤な副作用が出たことがありますか? (はい・いいえ)

8. 腎障害がある又は腎機能が低下していると言われたことがありますか? (はい・いいえ)

※過去3ヶ月以内のeGFR値・クレアチニン値を記入して下さい。 (検査年月日 年 月 日)

eGFR値 _____ ml/min クレアチニン値 _____ mg/dl

9. 心臓疾患がありますか? (はい・いいえ)

10. 授乳中あるいは妊娠中(妊娠している可能性も含む)ですか? (はい・いいえ)

※ アレルギー体質の方は副作用の可能性が高くなります。中でも気管支喘息の方や過去に造影剤の副作用があった方は死亡につながる重篤な副作用の危険性が高く、原則として造影剤の注射はできません。

問診票記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介医ご署名 _____

MRI造影剤(ガドリニウム製剤)使用検査の同意書

阿南医療センター病院長 殿

私は_____年_____月_____日の検査で使用する造影剤使用に関してその必要性和副作用について十分な説明を受け内容を理解しましたので、私は造影剤の血管内注射に同意します。また、万一副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

署名年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人のご署名 _____

代理の方のご署名 _____

(続柄 _____)

● 検査時、副作用の危険性が高いと判断した場合には、検査に同意されていても造影検査ができない場合がありますのでご了承下さい。