

# 造影MRI検査問診票・同意書

氏名

様

検査日

年

月

日

検査時刻

時

分

## 造影検査のための問診票

これまでに MRI 用造影剤での副作用の経験がありますか.....  いいえ  はい

アレルギー性の病気あるいはアレルギー体質ですか.....  いいえ  はい

気管支ぜんそく

蕁麻疹

アトピー性皮膚炎

アレルギー性鼻炎

薬物アレルギー

食物アレルギー

その他(

)

ご家族に、アレルギー性の病気あるいはアレルギー体質の方がいますか

いいえ  はい

腎臓の病気がありますか.....  いいえ  はい

(女性のみ) 現在妊娠中あるいは妊娠中である可能性はありますか.....  いいえ  はい

(女性のみ) 現在、授乳中ですか.....  いいえ  はい

現在の体重 : \_\_\_\_\_ Kg

※造影検査後 24 時間は授乳をお控え下さい。

## 造影検査同意書

年 月 日

MRI 造影検査説明書をもとに下記について説明致しました。

1. 造影剤使用の目的について
2. 造影剤の副作用について
3. 副作用が起こった場合の対応について

説明者

年 月 日

熊本総合病院長殿

上記説明内容を承諾し、造影検査を受けることに同意します。

本人署名

代理人署名

続柄( )

※同意書にご署名いただいた後でも、造影検査を撤回されてかまいません。