

徳山中央病院 MRI 検査 問診票・承諾書

来院後、初診受付で受付を済ませ、検査 30 分前までに放射線科受付へお越しください。

この紙（問診票・承諾書）は徳山中央病院 MRI 室受付に提出して下さい。

尚、急患等で予約時間が前後することがありますことをご了承ください。

MRI 造影検査に関する問診票

いくつかの質問をさせていただきます。当てはまるものを○で囲んで下さい。

「はい」を選ばれた方は（ ）の中に具体的な言葉をお書きください。

1. 今まで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ はい いいえ わからない
どのような検査を受けられましたか？（ ）
2. 今までに気管支喘息といわれたことがありますか？ はい いいえ わからない
いつ頃言われましたか？（ ）
3. 造影剤の注射や、その他の注射や飲み薬などで発疹（じんましん）が出たり調子が悪くなったりしたことはありますか？ はい いいえ わからない
どのようなお薬ですか？（ ）
4. 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか？ はい いいえ わからない
いつ頃言われましたか？（ ）
5. 現在妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ わからない
6. 心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか？ はい いいえ わからない
7. 造影剤を使用するに当たり、あなたの体重を教えてください。 _____ Kg

別紙「徳山中央病院 造影剤を使用した MRI 検査の説明」は自宅でも十分に読んでください。

わからない事やご心配なことがありましたら検査直前までに遠慮せずスタッフにお尋ねください。

MRI 造影検査承諾書

私は検査説明に書いてある造影検査についての説明を受け、造影剤の必要性と起こりうる副作用を理解し承諾しました。よって造影剤を使用した MRI 検査の実施を承諾いたします。

また医師の判断により造影剤使用を中止する場合があることも承諾いたします。

承諾年月日 年 月 日

患者様氏名または代理人（続柄 _____）

ご署名 _____

検査を承諾した後であっても、検査前であれば何時でも既に行った承諾を撤回するとともに、その他の方法を選択することが可能です。