

MR I 検査問診および同意書

氏名 _____ 様

★必ず A と B のチェックをお願いいたします。

A. 検査歴の確認

- ・当院でMR I を施行したことはありますか？ ☐：なし →①へ ☐：あり →次の質問へ
- ・前回の検査から既往歴に変わりありますか？ ☐：なし →③ 同意書へ ☐：あり →①へ

① 全ての検査(単純・造影)

禁忌事項（ありの場合は検査不可です。全てなしの場合は、③ 同意書へ）

事故や職業上等で体内に**不明な**金属異物がありますか？ ☐：なし

刺激電極装置（心臓ペースメーカー、人工内耳、脳深部刺激装置）がありますか？ ☐：なし

グルコースモニターシステム FreeStyle リブレ2（糖尿病管理）がありますか？ ☐：なし

その他の金属（ありの場合は検査不可です。）

1989 年以前の脳動脈瘤クリップがありますか？ ☐：なし

2004 年以前の金属コイル・金属ステントがありますか？ ☐：なし

2009 年以前の心臓人工弁・弁輪がありますか？ ☐：なし

B. 造影検査の有無の確認

- ・造影検査をしますか？ ☐：なし →③同意書へ ☐：あり →②へ

② 造影検査の場合のみ

下記に一つでも該当する場合は、造影は不可です。

造影剤アレルギー（CT・MRI・血管造影等）がありますか？ ☐：なし

過去 3 年以内に気管支喘息の治療歴がありますか？ ☐：なし

腎機能障害がありますか？ ☐：なし

eGFR 30 未満・透析中/急性腎不全・過去 7 日以内に造影 MRI 検査施行歴のある方は造影検査できません。

腎機能の低下や造影検査の頻回施行により、まれに腎性全身性線維症が発症することがあります。

半年以内の腎機能測定値をもとにご判断ください。

③同意書

長野市民病院長 殿

私は、MRI 検査につき説明を受け、理解したうえで検査の実施に同意いたします。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者本人署名 _____

親族/代理人署名 _____ 続柄(_____)

当院問診担当医師：

検査実施者：