

氏名：

造影剤使用MRIの問診及び同意書

検査予定日

年

月

日

過去に造影剤アレルギーが起きた方や、気管支喘息がある方は、副作用出現率が高く、症状が強く出る場合もあります。必ずお申し出下さい。(別紙もご参照下さい)

1) 今までにMRI検査で造影剤を使用したことがありますか？

なし

あり

2) その検査の時に、帰宅後も含め副作用はありましたか？

なし

あり(症状：

いつ頃：

)

3) MRI検査以外(CT,尿路造影、血管造影など)で造影剤を使用したことがありますか？

なし

あり

4) 気管支喘息と診断されたことはありますか？

なし

あり(治療中

治療していない

最終発作時期：

5) 喘息を除く薬物やじんま疹などのアレルギー性疾患をお持ちですか？

なし

あり(病名：

)

6) 腎臓の持病がありますか？

なし

あり(病名：

)

7) 現在透析中ですか？

していない

している

8) 現在妊娠、またはその可能性がありますか？

なし

あり

9) 現在、授乳していますか？

していない

している

10) 体重

kg

説明日： 年 月 日 説明医

上記の説明を受け、これを受けることに同意します。

同意者 患者氏名

同意日：

年

月

日

同意者 代理人氏名

続柄

(代理人が署名される場合は、患者氏名にも記載をお願いします。)

済生会広島病院 院長様

(病院記載欄)

採血日

年

月

日

Cr値(μmol/L)

eGFR値=

記載者名

使用注意項目(あり なし)

前投薬等指示(あり なし)

主治医判断(造影可)