

# MRI 造影検査 問診票・同意書

●造影剤 使用経験について

なし  あり→ CT MRI 血管造影 その他( )

●造影剤 副作用歴について

なし  あり→ 吐き気 嘔吐 じん麻疹 血圧低下 頭痛 その他( )

●喘息歴について

なし  あり→  現在治療中  現在治癒している

●アレルギー歴について

なし  あり→ じん麻疹 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー アレルギー性鼻炎  
飲み薬・注射薬に対するアレルギー( ) その他( )

●腎機能障害について

なし  あり→ 人工透析: なし  あり

●妊娠または授乳について(女性のみ記入して下さい)

なし  わからない  あり→  妊娠中  授乳中

●体重( )kg \*体重により使用造影剤量を決定します。

●身長( )cm

## 同意書

【患者記入】

造影検査の目的、危険性について医師からの説明を理解し、造影検査を受けることについて

同意します  同意しません

(\*同意された場合でも、いつでも撤回することができます)

記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 本人署名 \_\_\_\_\_

又は代理人(※親権者)署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

※患者様が未成年(20歳未満)の場合、親権者氏名の記入もお願い致します。

【医師記入】

上記署名者に対し造影検査について、その必要性と内容および起こりうる危険性、合併症などについて説明しました。また上記の項目の確認を行いました。

説明日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医師署名 \_\_\_\_\_

【医師記入】

血清クレアチニン値( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ mg/dl) \*過去3ヶ月有効

受付時間 月～金(8:30～17:15)

土曜日(8:30～12:30)

〒710-0826 倉敷市老松町4丁目3-38

社会医療法人全仁会 倉敷平成病院 ☎086-427-1111

放射線部受付(直通) ☎086-427-1194