友愛会 MRI 検査 確認事項票 豊見城中央病院

患者ID		診療科	科	住所	診療録に同じ	
患者氏名		病棟	F	感染症	無・有	体重
生年月日		検査予定日	20 年 月 日 : より			Kg

★単純撮像の場合は項目 A のみを、造影検査の場合には項目 A と項目 B の両方を確認し記入して下さい

項目	確認事項		無	有
A	心臓ペースメーカ・体内神経刺激挿置・骨成長刺激挿置の有無			
	何らかの手術の既往がある場合にはこの欄に記入してください	脳動脈瘤クリップの挿置		
		可動性義眼・可動性義肢の有無		
		人工内耳・補聴器の有無		
		冠動脈ステント挿置・人工弁挿置の有無		
		人工関節・他の骨プレート・骨釘の有無		
		他の手術（ ）		
	砲弾の破片や他の体内金属の有無（特に昭和 21 年以前に生まれた方）			
	刺青の有無・金属研摩業や電気ドリルなどを使用する業種に従事する方			
	補聴器（再確認）・入れ歯やブリッジなどの歯牙補綴物などの有無			
	ファッション用カラーコンタクトレンズなどの有無			
	ニコチネルパッチ・ニトロダームや貼り薬などの有無			
	妊娠の有無（妊娠 14 週未満は原則として検査を行っておりません）			
B	造影検査一般の確認（全例で確認のこと）	腎機能障害の有無 （Cre. mg/dl） 3 カ月以内のデータ 推算 GFR ml/min/1.73 ㎡）		
		気管支喘息の有無（1 年以内に大発作があった方）		
		重症肝障害の有無（内容： ）		
		アレルギー歴 （内容： ）		
	循環器系・腹部領域の造影検査の確認	不整脈・心臓病の有無		
		緑内障の有無		
		前立腺肥大症の有無（男性のみ記入）		
	陰性造影剤 リゾビスト検査 MRCP 検査	鉄製剤投与中・鉄製剤投与治療の既往の有無		
		出血傾向の有無／溶血性貧血の有無		
		平素からの偏頭痛・後頭部痛・腰背部痛の有無		
		金属アレルギーの有無		
A	閉所恐怖症・鎮静剤の使用・その他に問題と思われる点（ ）			

上記は □ 検査に問題ない、□ または前回（ 年 月 日）と同様である

MRI 造影検査 同意書

私は MR 造影検査を受けるにあたり、造影剤の副作用とその発現率について説明を受け、造影剤使用の必要性について納得しましたので、MR 造影検査の実施について承諾致します。

20 年 月 日 患者様ご署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人が未成年者または署名できない場合） 代理人 ＿＿＿＿＿＿＿＿ （続柄 ）

説明医師署名（ 科） ＿＿＿＿＿＿＿＿

説明看護師署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

※単純像のみの場合には患者さまのご署名は必要ありません。
※主治医署名は必ず記入して下さい