

# 単純/造影 MRI 検査の問診 兼 同意書

ID :	月 日 / 時間 : :
------	--------------

<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ(頭/頸/腰) <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 動脈瘤 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/>
--

<input type="checkbox"/> 脳 T2/FL/T1sag/MRA	<input type="checkbox"/> DWI 追加	<input type="checkbox"/> BPAS 追加	<input type="checkbox"/> T2* 追加
<input type="checkbox"/> 脊椎 頸・胸・腰	<input type="checkbox"/> 下垂体 単/造	<input type="checkbox"/> VSRAD 追加	<input type="checkbox"/> 頸椎 X-P 4R
<input type="checkbox"/> 小脳橋角部 単/造	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 単/造	<input type="checkbox"/> 脳ドック A,B,C	<input type="checkbox"/>

**問1 MRI 検査を安全に実施するため、以下の項目についてお答え下さい。**

心臓ペースメーカー (検査禁忌)	有/無	血管内ステント・コイルなど	有/無
人工内耳 (検査禁忌)	有/無	けがや事故による体内金属 (銃弾/金属片)	有/無
脳動脈瘤クリップ	有/無	貼り薬 (心臓の薬・エレキバン・湿布等)	有/無
補聴器	有/無	入れ墨(アイライナー含む)	有/無
心臓人工弁がある	有/無	避妊リングがある	有/無
コンタクトレンズまたは義眼 ※検査時はコンタクト外すこと	有/無	人工骨頭・人工関節 (股関節・膝関節) 等 その他の体内金属・VP シヤント等	有/無
閉所恐怖症がある	有/無	現在の体重を教えてください	Kg

**※女性の方のみお答え下さい**

妊娠している、又は妊娠の可能性がある。 いいえ はい 不明

**問2 造影剤(MRI 検査におけるガドリニウム製剤)を安全に使用するため、以下の項目を確認します。造影剤は腫瘍性病変の有無の確認するために使用する薬剤です。**

- ① 薬、食べ物にアレルギー反応はありますか？  
(いいえ・はい (風邪薬、痛み止め、魚、卵、その他) )
  - ② アレルギー性の病気がありますか？  
(いいえ・はい (喘息、アトピー性疾患、蕁麻疹、花粉症、化粧品かぶれ、その他) )
  - ③ 過去に造影剤を使った画像検査を受けたことがありますか？  
(いいえ・はい(MRI、CT、腎臓、尿路、血管、胆嚢、脊髄腔、子宮卵管、その他) )
- ※はいの方にお聞きします。造影剤による副作用はありましたか？  
(いいえ・はい(発疹、吐き気、くしゃみ、その他) )
- ④ 腎機能が悪い方は造影剤使用で腎不全となってしまう危険性があります。検査前に腎機能検査 (クレアチニン) のチェックが必要です。

\*\*\*\*\*検査同意書\*\*\*\*\*

問診結果と検査の必要性・危険性について、医師の説明を理解し、検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日 本人・代理人 (続柄 )
署名 : _____

説明医師：高木輝秀

高木外科内科医院  
脳神経外科・外科・内科