

造影MRI検査問診票

検査をできるだけ安全確実にを行うための質問です。

適したものの□内に√印を入れてください。

“あり”を選ばれたら()の中に具体的な言葉を記入してください。

1. MRI 造影剤を用いた検査の既往 なし あり
副作用の有無(1.でありと答えた方) ()
2. 喘息の既往 なし あり ()
3. 薬物アレルギー なし あり()
4. 腎不全などの有無 なし あり()
5. 心臓疾患の有無 なし あり()
6. 肝臓疾患の有無 なし あり()
7. 妊娠または妊娠している可能性 なし あり わからない
8. 閉所恐怖症 なし あり
9. てんかん、痙攣の有無 なし あり
10. 当院での検査歴 なし あり()

その他、造影剤の副作用の起こる確率が高くなると考えられる場合には、医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承下さい。

=====

同意書

医療法人 讃高会 高井病院 院長殿

私は現在の病状、造影MRI 検査について担当医 より説明を

受け納得いたしましたので、造影MRI 検査を受けることに同意いたします。

同意日：平成 年 月 日

患者または代理人(続柄 _____)

(署名 _____) 印

15 歳以下の患者の親権者(続柄 _____)

(署名 _____) 印

上記患者に対して、検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

確認日：平成 年 月 日

医師氏名(署名 _____) 印