

沢井記念乳腺クリニック MRI検査問診票・同意書(造影)

氏名: _____ 様 ID No. _____ 説明医師: _____

検査予約日: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) _____ 時 _____ 分 検査部位: _____

・予約時間の30分前までに総合受付で受付をしてください。

- ・検査当日、来院時は必ずMRI検査同意書をご持参ください。
- ・ご都合が悪くなった場合は、下記まで電話等で連絡して下さい。

連絡先: 電話 075-723-0811 ファックス 075-723-0816 メール yoyaku@nyusen.com

◆ 下記の質問にお答えください。

1. あなたは、次のような病気にかかったことがありますか? いいえ・はい
気管支喘息、薬物過敏症(アレルギー)、花粉症・鼻炎、じんましん(原因: _____)
2. 腎機能に異常があると言われた事がありますか? いいえ・はい
具体的に(_____)
3. 人工透析をされていますか? いいえ・はい
4. 今までにMRI造影剤を使った検査をしたことがありますか? いいえ・はい
“ある”と答えられた方におたずねいたします。

その検査中、または検査後に、何らかの症状(副作用)が現れたことがありますか?

いいえ・はい

発疹、発赤、口内違和感、くしゃみ、あくび、咳、嘔気、嘔吐、腹痛、寒気、
意識消失、血圧低下、その他(_____)

過去の造影検査で発疹・かゆみが出た方、現在気管支喘息で治療中の方は原則造影剤を使うことができません。

5. 現在授乳されていますか?(女性の方のみ) いいえ・はい
* 授乳中の方はお乳の中に造影剤が分泌されますので、造影剤投与後48時間は授乳を避けてください。

◆ 乳房MRI検査を受けられる方のみにお尋ね致します。

6. 最終月経開始日、生理周期を教えてください。

最終月経開始日: _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 周期: 約 _____ 日周期 または 不規則

※ その他ご不明な点がありましたら、担当医にご相談下さい。

私は検査の目的、その必要性の説明を受け、理解しましたので今回の造影MRI検査に同意します。

沢井記念乳腺クリニック 院長 殿

年 _____ 月 _____ 日

説明医師署名: _____

患者氏名: _____

代理人の場合: _____

上記を確認しました。

Cre:

GFR:

確認者 _____