

造影MRI検査問診票(紹介医療機関様用)

1. 狭いところに入ることができますか (はい・いいえ)
2. 長時間動かずに仰向けに寝ることができますか (はい・いいえ)
3. 体内に医療機器(ペースメーカー、人工内耳、ステントなど)はありますか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、具体的に記入してください
4. 体内に金属(脳動脈クリップ、人工関節など)はありますか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、具体的に記入してください
5. 事故などで体内に金属が入っている可能性がありますか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、具体的に記入してください
6. 磁気装着式の入歯・義眼はありますか (はい・いいえ)

※3～6で「はい」の場合は医師と相談し、MRI検査が可能か確認をお願いします。

7. 義足、義手はありますか (はい・いいえ)
8. カラーコンタクトレンズはありますか (はい・いいえ)
9. 補聴器はありますか (はい・いいえ)
10. 刺青(タトゥーを含む)はありますか (はい・いいえ)
11. コルセット、装具はありますか (はい・いいえ)
12. 尿道バルーンカテーテルに磁石のキャップが付いていますか (はい・いいえ)
13. 妊娠中、もしくは妊娠している可能性はありますか(女性の方のみ回答) (はい・いいえ)
14. 血糖値測定器(リブレ)を装着していますか (はい・いいえ)

※造影剤の胎児への影響は安全性が確立されていないので、「はい」の場合は、

原則造影MRI検査は行いません。医師と相談し、単純MRIへの変更等、検査が可能か確認をお願いします。また妊娠初期(3ヶ月以内)の検査は実施していません。

15. 気管支喘息と診断されて治療を受けたことがありますか (はい・いいえ)
16. 腎機能低下、腎不全、重篤な腎機能障害と診断されたことがありますか (はい・いいえ)
17. ヘモクロマトーシスなど鉄過剰症と診断されたことがありますか (はい・いいえ)
18. アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、[蕁麻疹・アトピー]
飲み薬や注射の副作用()
食べ物など()
19. MRI検査で造影剤を用いたことがありますか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、副作用はありましたか (はい・いいえ)
→「はい」場合、どのような副作用でしたか
副作用のあった薬剤名()
20. 現在、授乳中ですか(女性の方のみ回答) (はい・いいえ)

問診日 年 月 日

患者様氏名

問診者氏名