

問診票(MRI 造影に関して)

① あなたは、今までに 気管支喘息・じんま疹 などの アレルギー症状 を起こしたことがありますか？	はい ・ いいえ
② 両親・兄弟に 気管支喘息・じんま疹 を起こす方、造影剤を使用した検査で アレルギー症状 を起こした方がいらっしゃいますか？	はい ・ いいえ
③ 今までに、薬を飲んだり、注射を受けたりした後に、 アレルギー症状 を起こしたことがありますか？ 「はい」と答えられた方は、薬品名とその時の症状をお答え下さい。 (薬品名) (症状)	はい ・ いいえ
④ 今までに、造影剤を注射して、検査を受けたことがありますか？ 「はい」と答えられた方は、検査を受けた時に、 アレルギー症状 を起こしたことがありますか？ (症状)	はい ・ いいえ はい ・ いいえ
⑤ 治療を受けている持病がありますか？ あったらお答え下さい。 腎臓病 (特に慢性腎不全)、肝臓病、心臓病、糖尿病 高血圧、血液の病気、甲状腺の病気、膵臓の病気 ※ 特に心臓病や高血圧で薬を服用している方は薬品名をお書き下さい。	はい ・ いいえ (病名) (※薬品名)
⑥ 妊娠をされている可能性がありますか？	はい ・ いいえ

平成 年 月 日

わからない事や心配事がありましたら、検査直前までにご遠慮せずスタッフにお聞き下さい。

造影剤の説明を聞き、納得して、説明・問診・同意書を受け取りましたので、造影剤を投与した検査を受けることに同意します。

患者様名 _____ (本人 ・ 代筆)

ご家族様名 _____ (続柄 _____)

検査時連絡先 (氏名 _____ :電話 _____ - _____)