

# M R I 検査時の問診票と検査同意書

## 撮影禁忌についての確認

1. 心臓ペースメーカー 体内神経刺激装置 骨成長刺激装置 体内自動除細動器  
人工内耳など電氣的、磁氣的もしくは機械的に動作する体内埋入物
  2. 明らかに非帯磁性であると術者が確認済以外の頭蓋内動脈瘤クリップ
  3. その他、手術にて非磁性体の体内金属物のないこと
- 以上は絶対的撮影禁忌です。これらのものが体内にないことを保証します。

## 造影剤についての確認

1. 造影剤を使用しながら検査を行うことがあります  
ガドリニウム系禁忌例として  
当該成分に対し過敏症を有するかた、  
原則禁忌で慎重投与例として  
一般状態が極度に悪いかた、  
気管支喘息、重篤な肝腎障害を有するかたがあります。
2. 超常磁性酸化鉄製剤をもちいた肝造影検査を希望される場合、禁忌事項は満たしていません
3. M R C P の場合鉄製剤を服用してもらいますが、禁忌事項は満たしていません

検査自体あるいは造影剤使用による有害事象があることをご理解いただいた上で、今回の M R I 検査ならびに必要な造影 M R I 検査に同意します。

チェック項目	依頼医師チェック	
絶対的禁忌の金属物が体内にないことを保証する	する	これ以外は不適合です
体内に金属が残るような手術歴はありますか	ない	あり(手術歴)
金属物是非磁性体と確認できますか	はい	いいえ
以前に M R I 検査を受けたことがある	ある	ない
M R 造影検査を受けたことがある	ある	ない
造影剤による副作用歴がある	ない	ある

以下の方に造影剤副作用が多く出ることが報告されており確認します

気管支喘息	ない	ある
薬剤アレルギー	ない	ある
C T などの X 線検査で使用するヨード造影剤の副作用歴	ない	ある

原則上記右項目にあてはまる方の病病・病診連携での造影検査は控えていただきたい

患者様署名 \_\_\_\_\_

依頼施設医師署名 \_\_\_\_\_

立会看護師署名 \_\_\_\_\_

当施設医師署名 \_\_\_\_\_