

MR I 検査事前チェックリスト

以下の質問は、MR I 検査を受けていただく方の状態を事前に把握し、安全に検査を行うにあたって何か不都合がないかを確認するためのものです。

すべての質問にお答えになった上で、ご署名をお願い致します。

- ① 今までにMR I 検査を受けたことがありますか？ ある場合はその際に問題となったこと、気になったこと等があれば記載してください。

はい () いいえ

- ② 今までに手術を受けたことがありますか？ ある場合はすべて記載してください。

はい () いいえ

- ③ 心臓ペースメーカー、心臓人工弁、脳動脈瘤クリップ、人工内耳、金属固定プレート、ステント
そのほか治療のために体内に埋め込まれた器具などはありますか？

はい () いいえ

- ④ 上記の他、体内に金属はありますか？ ある場合は全て記載して下さい。

はい () いいえ

- ⑤ 閉所恐怖症はありますか？

はい いいえ

- ⑥ 入れ墨はありますか？

はい いいえ

- ⑦ 妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ

造影 MRI 検査をお受けになられる方のみ、下記にお答え下さい。

- ① 今までに、造影剤を用いた検査をお受けになられたことがありますか？

はい (MRI 検査、 その他造影検査 ()) いいえ

- ② その時、なにか副作用はありましたか？

はい (吐き気、 嘔吐、 頭痛、 発疹、 かゆみ、 その他) いいえ

- ③ 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか？

はい いいえ

- ④ アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？

はい (じんましん、 アトピー性皮膚炎、 アレルギー鼻炎) いいえ

- ⑤ 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことがありますか？

はい (具体的に：) いいえ

平成 年 月 日

患者本人又は代理人(続柄) ご署名 _____

<<主治医の先生へのお願い>>

上記すべての質問にご回答頂いた上で、検査が可能であることをご判断の上、ご署名、ご依頼ください。

(ご署名がない場合は当院にて診察をさせていただくことがございます。)

腹部MR I 検査 平成 年 月 日

ブスコパン使用(可・不可) グルカゴン使用(可・不可)

ボースデル使用(する・しない) 依頼医師 _____

<愛記念病院記入欄>

平成 年 月 日 確認医師 _____ 院長 _____