

「単純MRI 検査依頼書」

患者 ID _____ 依頼医師名 _____
氏名 _____ 様 性別 _____ 年齢 _____
生年月日 _____
検査予定日 _____ 検査名 _____

【確認事項】(必須)

- 心臓ペースメーカーや、その他の装置を入れていますか？
..... いいえ ・ はい(絶対禁忌)
* ただし MRI 対応ペースメーカーは特別な条件下で検査可能です。
- 女性の方で妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？... いいえ ・ はい(原則禁忌)
- 脳動脈瘤のクリップや手術で体内に金属が入っていますか？
..... いいえ ・ はい(慎重検査)

(はい) の場合

脳動脈瘤クリップ・脳室シャント・金属ステント・人工関節・

その他：()

- 入れ墨(タトゥ)、アイライン、マスカラをしていますか？ いいえ ・ はい(慎重検査)
- 閉所恐怖症ですか？ いいえ ・ はい(慎重検査)

【注意】

原則禁忌の場合でも検査の必要性を考慮して主治医が必要と判断し、患者さんの同意があれば検査を実施します。

患者さんに単純 MRI 検査の必要性を説明し、上記を確認したので、検査を実施して下さい。

依頼医師名 _____

< 検査説明書 >

江南厚生病院 病院長 殿

以上の内容の説明を受けました。

15 歳未満の方は代理人(親権者)の署名が必要になります。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 氏名 _____

代理人 氏名 _____ (続柄 _____)

「造影MRI 検査依頼書」

患者 ID

依頼医師名

氏名

様

性別

年齢

生年月日

検査予定日

検査名

【造影剤の副作用】（副作用に備えて万全の体制を取っています）

- ・ 軽い副作用：嘔気、嘔吐、熱感、じんましんなど（いずれも 0.3%以下）
- ・ 重い副作用：アナフィラキシーショック、NSF（腎性全身性線維症）など（いずれもまれ）

【確認事項】（必須）

- ・ 心臓ペースメーカーや、その他の装置を入れていますか？ …… いいえ ・ はい（絶対禁忌）
（ただし MRI 対応ペースメーカーは特別な条件下で検査可能です）
- ・ 気管支喘息（小児喘息を除く）がありますか？ …… いいえ ・ はい（原則禁忌）
- ・ 重篤な肝障害がありますか？ …… いいえ ・ はい（原則禁忌）
- ・ 重篤な腎障害がありますか？ …… いいえ ・ はい（原則禁忌）
（はい）の場合、透析中ですか？ …… いいえ ・ はい（原則禁忌）
リスクがある成人では eGFR（推算の糸球体濾過量）の確認。（原則過去 1 年以内の値）
 eGFR 0～29（原則禁忌） ・ eGFR 30～59（慎重投与） ・ eGFR 60～（通常造影）
- ・ 女性の方で妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？ …… いいえ ・ はい（原則禁忌）
- ・ 今までに造影 MRI 検査を受けたことがありますか？ …… いいえ ・ はい
（はい）の場合、副作用はありましたか？ …… いいえ ・ はい（造影剤変更・慎重検査）
- ・ アレルギー体質ですか？ …… いいえ ・ はい（慎重検査）
（はい）の場合 …… 薬・食物・花粉・アトピー・その他：（ ）
- ・ 脳動脈瘤のクリップや手術で体内に金属が入っていますか？ …… いいえ ・ はい（慎重検査）
（はい）の場合 …… 脳動脈瘤クリップ・脳室シャント・金属ステント・人工関節・
その他：（ ）
- ・ 入れ墨（タトゥ）、アイライン、マスカラをしていますか？ …… いいえ ・ はい（慎重検査）
- ・ 閉所恐怖症ですか？ …… いいえ ・ はい（慎重検査）

【注意】原則禁忌の場合でも検査の必要性和副作用を考慮して主治医が必要と判断し、患者さんの同意があれば検査を実施します。

患者さんに造影 MRI 検査の必要性を説明し、上記を確認したので、検査を実施して下さい。

依頼医師名

< 検査同意書 >

江南厚生病院 病院長 殿

以上の内容の説明を受け、造影 MRI 検査の実施に同意します。

15 歳未満の方は代理人（親権者）の署名が必要になります。

令和 年 月 日

患者 氏名 _____

代理人 氏名 _____（続柄 _____）