

MRI用造影剤使用検査に関する問診票

患者氏名
生年月日

【患者様記入欄】

副作用の発生の危険性を予知し、また効果的な対策をとるために下記の質問にお答えください。

1	MRI用造影剤(ガドリウム造影剤)を用いた検査を受けたことがありますか? CT検査、腎臓検査、胆のう検査、すい臓検査、血管造影検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2	質問1で『ある』と答えられた方へ その時副作用はありましたか? じんま疹、吐き気、嘔吐、その他)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
3	気管支ぜんそくと言われたことがありますか? (時期)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
4	腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)と言われたことがありますか? (時期)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
5	次の病気のうち、かかったことのあるものを○で囲ってください。 ・重篤な心疾患(心筋梗塞など) 　・甲状腺機能亢進症(バセドウ病) ・骨髄腫(こつずいしゅ) 　・褐色細胞腫(かつしょくさいぼうしゅ) 　・重篤な肝障害 ・マクログロブリン血症	
6	アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか? (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
7	薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか? (具体的に)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
8	現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか?	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

【主治医記入欄】

造影剤使用検査を受けられるすべての患者様について問診票確認の上、必ず下記の項目を記入して下さい。
質問3、4、5:原則禁忌 注意して下さい。

3ヶ月以内のeGFRの数値 : eGFR(ml/min/1.73m²) : 検査日 年 月 日

eGFR記入の場合、CRE、BUNの記入不要

eGFR値 30~60 : 必要性考慮 eGFR値 30 : 原則禁忌

3ヶ月以内のCRE、BUNの数値:CRE(mg/dl) BUN(mg/dl):検査日 年 月 日

CRE値 1.5mg/dl以上は原則禁忌です。

・主治医サイン _____ 印 _____ ・放射線科医確認サイン _____