

検査日 年 月 日 時 分
検査：

造影剤： マグネビスト・フェリセルツ

病気の診断のために MRI などの検査を行います。この時に造影剤を使用することで、新たな病変の存在・質的診断が向上します。このため、造影剤を使用することは医学的に利益が大きいことです。

しかし、造影剤は他の薬と同様に、まれに副作用（悪心・嘔吐・発赤・蕁麻疹など）があらわれることがあり、きわめてまれにショック（低血圧、呼吸困難など）があらわれることがあります。多くは造影剤使用中、または直後に副作用が現れますが、遅れてあらわれる場合もあります。

造影検査を行なうにあたり、今日までのあなたの体の状態を教えてください。ご協力ください。次の質問で該当する（はい・いいえ）に をつけて下さい。

MRI 造影検査問診票

1. 造影検査を以前に受けたことがありますか。	はい・いいえ
2. そのときに副作用はありましたか	はい・いいえ
3. 今日、食事しましたか。	はい・いいえ
4. 水分は十分に摂っていますか。	はい・いいえ
5. 喘息といわれたことがありますか。	はい・いいえ
6. 両親・兄弟にアレルギー体質・気管支喘息の方がいますか。	はい・いいえ
7. アレルギー体質ですか。（はいの場合、そのアレルギー名）	はい・いいえ ()
8. 心臓の病気はありますか。	はい・いいえ
9. 腎臓の病気はありますか。	はい・いいえ
10. 今日は、尿が出ていますか。	はい・いいえ
11. ヘモクロトーシスなど鉄過剰症の治療を受けていますか。	はい・いいえ
12. 鉄剤に過敏ですか。	はい・いいえ
13. 女性の方のみ教えてください。 現在妊娠(可能性も含む)または授乳をしていますか。	はい・いいえ

検査同意書

私は、造影検査をすることに十分説明を受けた上で同意し、実施中に医学上の立場から緊急の処置をおこなう必要が生じた場合には、その処置について担当医に一任いたします。

平成 年 月 日

本人署名 ① 年齢 歳 男 ・ 女

本人が署名できない場合（代わりに署名を委任された人）

氏名 ① （患者との続柄 ）