

患者ID
氏 名
生年月日
性 別

MRI検査に関する問診票

【注】MRI造影検査を実施する場合、説明医師は、別紙「MRI造影検査に関する問診票・同意書」にて説明・問診を行い、同意を確認のうえ本紙とあわせて提出してください。

この検査は強力な磁石と電波を使用し、体の中を撮影します。安全・確実に検査を実施するため、以下の質問にお答えください。

1. 今までにMRI検査を受けたことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい
2. 心臓ペースメーカーを装着していますか。 ☐ いいえ ☐ はい
3. 人工内耳を装着していますか。 ☐ いいえ ☐ はい
4. 手術やカテーテル治療で金属が体内に入っていますか。 ☐ いいえ ☐ はい

※「はい」とお答えの方のみご回答ください。

金属の内容：脳動脈クリップ・動脈ステント・心臓人工弁・人工関節・義眼
圧力可変式バルブ付きVPシャント・避妊用金属リング・その他（ ）

5. 磁石を利用した入れ歯をしていますか。 ☐ いいえ ☐ はい

※「はい」とお答えの方のみご回答ください。

検査を行うと、磁石の低下や緩みを起こす可能性があります。検査に同意しますか。

☐ いいえ ☐ はい

6. 刺青（タトゥー）がある。 ☐ いいえ ☐ はい

※「はい」とお答えの方のみご回答ください。

検査を行うと、火傷や変色を起こす可能性があります。検査に同意しますか。

☐ いいえ ☐ はい

7. 体外装着型の医療機器（リブレンサー・その他）を装着していますか。 ☐ いいえ ☐ はい

8. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか。 ☐ いいえ ☐ はい

9. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか。 ☐ いいえ ☐ はい

10. 現在の体重を教えてください。 【 】 kg

11. 金属加工作業（板金・旋盤）に従事している、または戦争・交通事故における外傷の経験がありますか。

☐ いいえ ☐ はい

検査時の注意

1. 身につけているものは全て外してください。

補聴器、入れ歯、ヘアピン、アクセサリ、エレキバン、カイロ、金属入りの下着等

2. アイシャドー、マスカラ、アイライン等は、火傷する可能性がありますので使用せず来院ください。

*安全確保のため、検査前に化粧を落としていただいたり、ヘアパウダー（白髪、薄毛隠し）等の製品をご使用の方は、部位によっては検査出来ない場合もありますのでご了承ください。

3. カラーコンタクトレンズは外してください。

4. 貼り薬、ニトロドーム、ニコチンパッチなどは、火傷する可能性がありますので外してください。

5. 撮影中は、大きな音が発生します。

6. 検査中は、スタッフへの連絡用ボタンをお渡しいたします。



J 0 0 0 8 5 1 1 1 K R 0 6 A C 1 0 9 6 0 4 F 4 C 5 1 2 2 0 2 5 0 6 2 0 0 9 3 7 3 7 0 3 0 1

患者ID

氏 名

生年月日

性 別

MRI造影検査に関する問診票・同意書

私は、左記患者さんに対するMRI造影検査の実施に関して、
患者本人・同席者に別紙「MRI検査に関する問診票」に
基づき問診のうえ、下記項目より説明・問診を行いました。

年 月 日（説明時間 時 分～ 時 分）

同席者 _____ 説明医師署名 _____

副作用について 造影剤を使用することにより、病状をより正確に把握することが可能となり、今後の治療に役立てる事ができます。安全な薬ですが、稀に副作用が起こる可能性があります。

- ① 軽い副作用：発疹、かゆみ、吐気、嘔吐、頭痛及び熱感等です。ほとんどの場合、すぐに症状は治まりますが、検査終了数時間後に発疹が現れることもあります。このような副作用の起こる確率は、約100人から200人につき1人以下（0.5～1.0%以下）と報告されています。
 - ② 重い副作用：アナフィラキシー症状・けいれん・呼吸困難・ショックなどがあり、治療が必要になる場合があります。このような副作用の起こる確率は、約10万人につき1人と報告されています。
 - ③ 約100万人につき1人と非常にまれですが、症状・体質によっては死亡する場合があることが報告されています。
- 安全に検査を受けていただくために、以下の質問にお答えください。

1. 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい

検査：《 CT検査・腎臓検査・胆嚢検査・血管造影・MRI検査》

※ 質問1で「はい」とお答えの方のみ回答ください。

2. 検査を受けられた際、検査中及び検査後に何らかの症状が現れましたか。 ☐ いいえ ☐ はい

症状：《吐き気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・咳・顔面の紅潮・冷や汗・その他（ ）》

3. アレルギー体質またはアレルギー性の病気はありますか？（家族の方も含む） ☐ いいえ ☐ はい

体質・病気：《喘息・じん麻疹・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アルコール・その他（ ）》

4. 喘息または腎臓病の疾患にかかったことがある、または治療中ですか。 ☐ いいえ ☐ はい

病名（ ）

5. 女性の方へ、妊娠中、または授乳中ですか。 ☐ いいえ ☐ はい

注意事項 妊娠中の方については、造影剤を使用した検査を原則行いません。授乳中の方においては、検査後24時間以上授乳をお止めください。

兵庫医科大学 ささやま医療センター 病院長 殿

私は、検査の目的・必要性・副作用の説明を受けました。MRI造影検査を受けることに対し

- ☐ 同意します。 MRI造影検査を受けることについて十分に理解できました。
なお、同意後、撮影が行われるまでは同意を撤回することができます。

- ☐ 同意しません。 必要性について、主治医より十分な説明を受けましたが、私の意思でMRI造影検査を受けることに同意できません。MRI造影検査を受けないことにより、今後の診療に影響が生じても主治医・検査担当医・病院の責任を追及しません。

年 月 日

患者本人署名（自筆） _____

家族又は代理人署名（自筆） _____

患者との続柄：配偶者・子・父母・兄弟姉妹・その他（ ）

※ 患者本人が判断不能な場合又は署名不可能な場合は、代理人が代理人署名欄に署名して下さい。

確認欄 放射線科 施行医：



300085111KR06AC109604F4C512202506200937370301

【コピー対象】

兵庫医科大学 ささやま医療センター