

MRI検査チェック票

患者氏名 _____

I. 一般的注意事項

1. 検査が受けられない患者(禁忌)

- 心臓ペースメーカー 体内神経刺激装置 骨成長刺激装置
 体内自動除細動器 機械的に作動する器具(人工内耳など)

2) 磁性体の頭蓋内動脈クリップ

- あり なし

2. 検査に注意を要する患者(警告または注意事項)

1) 体内留置金属

- 避妊リング 手術時のクリップ、ワイヤー 人工関節

2) 眼球周囲金属

- 義眼 眼球内金属粉塵 その他()

3) 閉所恐怖症

- あり なし

4) 発汗障害

- あり なし

5) 妊娠

- あり なし

6) 刺青、パーマネントアイライン

- あり なし

7) ニトロゲームなど金属フویلを含む貼付薬

- あり なし

II. 造影検査チェック事項

1. 絶対禁忌(造影剤の投与は行わないこと)

ガドリニウム系造影剤に対し過敏症の既往歴

- あり なし

2. 原則禁忌(次の患者さんには投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合は慎重に投与する。実施する場合は主治医が立ち会うこと。)

1) 気管支喘息 あり なし

2) 重篤な肝障害 あり なし

3) 重篤な腎障害 あり なし

(Crea mg/dl, eGFR ml/min/1.73m²)

透析患者	急性腎不全患者	慢性腎不全患者		
		GFR (ml/min/1.73m ²)		
		0-29	30-59	60 ≤
原則としてガドリニウム造影剤は使用しない。 (やむを得ず使用する場合には腎性全身性線維症 発症報告の多い造影剤の使用を避ける。)		利益と危険性とを 慎重に検討して最 小限を使用する。	危険性が高いと する根拠に乏し い。	

確認医(自筆) _____

MRI造影剤使用同意書

私は造影検査の必要性、副作用などについて説明・問診を受け、十分に理解しました。その上で

MRI造影剤使用に同意いたします。

MRI造影剤使用に同意いたしません。

平成 年 月 日

患者氏名 _____

(代理人の場合)

代理人氏名 _____

続柄 _____