～ MRI検査チェック票 ～

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　検査予約日　令和　年　月　日

【一般的チェック 項目】

1. 禁忌（検査が受けられない患者）　☐ あり　☐ なし

☐ 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. 警告または注意事項（検査に注意を要する患者）

1）磁性体の頭蓋内動脈クリップ　☐ あり　☐ なし
※動脈クリップ『あり』の場合、クリップのMRI対応証明書等必須！

2）体内留置金属　☐ あり　☐ なし
☐ 避妊リング　☐ 手術時のクリップ、ワイヤー　☐ 人工関節　☐ その他（　　）

3）眼球周囲金属　☐ あり　☐ なし
☐ 義眼　☐ 眼球内金属粉塵　☐ その他（　　）

4）閉所恐怖症　☐ あり　☐ なし
5）発汗障害　☐ あり　☐ なし
6）妊娠　☐ あり　☐ なし
7）刺青、パーマネントアイライン　☐ あり　☐ なし
8）ニトロダームなど金属フォイルを含む貼付薬　☐ あり　☐ なし

【造影検査チェック項目】

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当院の診療科へご紹介いただき、主治医立ち会いの下、検査を慎重に行うことを基本とする。）

1）治療を要するアレルギーの既往　☐ あり　☐ なし
2）喘息の既往　☐ あり　☐ なし
3）末期腎不全（eGFR ＜ 30ml/min/1.73m2）または透析中　☐ あり　☐ なし

直近のeGFR（　　ml/min/1.73m2）血清クレアチニン値（　　mg/dl）検査日　年　月　日
※ eGFRは3カ月以内の値を有効とする。

確認医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

～ MRIガドリニウム造影剤使用同意書 ～

●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

☐ ガドリニウム造影剤使用に同意いたします。

☐ ガドリニウム造影剤使用に同意いたしません。

令和　年　月　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人の場合）
代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿

大田市立病院　0854-82-0330（代表）