

# 【 MR検査の問診票・同意書 】

主治医監修のもとに、下記の該当するほうに☑をつけて下さい。空欄があると検査できないことがあります。

## MR検査問診票

|                             |                              |   |  |
|-----------------------------|------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | MR検査を以前に受けたことがある。                                 |  |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 体内に何らかの金属が存在する。                                   |  |
| 絶対禁忌<br>(検査できません)           |                              | <input type="checkbox"/> MRI非対応の心臓ペースメーカー<br>除細動器 | <input type="checkbox"/> 人工内耳、中耳 <input type="checkbox"/> 埋込電極       |
|                             |                              | <input type="checkbox"/> 動脈瘤クリップ                  | <input type="checkbox"/> 動脈瘤コイルなど <input type="checkbox"/> 金属製人工弁    |
|                             |                              | <input type="checkbox"/> 人工関節                     | <input type="checkbox"/> 腹部クリップなど <input type="checkbox"/> ステント      |
|                             |                              | <input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ              | <input type="checkbox"/> 金属の破片 <input type="checkbox"/> 義眼           |
|                             |                              | <input type="checkbox"/> 取り外し可能な義歯                | <input type="checkbox"/> 磁石使用歯科インプラント <input type="checkbox"/> 歯列矯正具 |
|                             |                              | <input type="checkbox"/> リードレスペースメーカー             | <input type="checkbox"/> 圧調整バルブ付シャント <input type="checkbox"/> 補聴器    |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | MR検査対応の金属である。(主治医記入) 上記項目にチェックがある場合のみ             |  |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 刺青・アートメイク・ネイルアート・ジェルネイルをしている<br>(種類・部位 ; )        |  |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 経皮吸収貼付剤(皮膚に貼り付ける薬)を使用している。                        |  |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 妊娠の可能性がある。  |  |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 閉所恐怖症がある。   |  |
| <input type="checkbox"/> 可  | <input type="checkbox"/> 否   | 検査をすることが可能である。(主治医記入)                             |  |

## 造影剤問診票

|              |  |
|--------------|--|
| 6ヶ月以内のeGFR値  |  |
| (またはクレアチニン値) |  |

※eGFR<30の場合や、eGFR値(またはクレアチニン値)が不明の場合は、造影できません。

eGFR\*: <https://www.jsnp.org/egfr/>

|                             |                              |                                |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 造影剤を注射したことがある。(検査名: )          |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 造影剤を注射して副作用が出たことがある。(副作用の内容: ) |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | アレルギー体質である。(アレルギーの内容: )        |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 気管支喘息がある。(現在治療中・ 年前治療・ )       |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 透析を受けている。                      |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 重篤な肝障害がある。                     |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 妊娠または授乳中である。(妊娠 ヶ月)            |
| <input type="checkbox"/> 可  | <input type="checkbox"/> 否   | 造影可能である。(主治医記入)                |

年 月 日

### 患者署名欄

福岡大学筑紫病院  
地域医療支援センター