～ MRI検査チェック票 ～

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　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　□人工関節等インプラント
□ シャントバルブ→（□バルブ調整不要）　□その他（　　）
※検査後、バルブ圧調整が必要なシャントバルブは当院では検査は行えません。

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、アートメイク　□ 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　・リブレ　□ 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

～ 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

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