

患者ID		診療科	科	住所	診療録に同じ	本票は外来カルテ保存
患者氏名	南部 花子	病棟		感染症	無・有	体重
生年月日	S12.3.4	検査予定日	20年 1 月 21日 14:00	より		55Kg

★単純撮像の場合は項目 A のみを、造影検査の場合には項目 A と項目 B の両方を確認し記入して下さい

項目	確認事項	無	有	
A	心臓ペースメーカー・体内神経刺激挿置・骨成長刺激挿置の有無	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
	何らかの手術の既往がある場合にはこの欄に記入してください	脳動脈瘤クリップの挿置	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
		可動性義眼・可動性義肢の有無	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
		人工内耳・補聴器の有無※補聴器は検査前にはずしてください	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
		冠動脈ステント挿置・人工弁挿置の有無	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
		人工関節・他の骨プレート・骨釘の有無	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
		他の手術 (20才頃 appe の手術)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	入れ歯やブリッジなどの歯牙補綴物の有無	※検査前にはずしてください	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	砲弾の破片や他の体内金属の有無 (特に昭和 21 年以前に生まれた方)		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	刺青の有無・金属研磨業や電気ドリルなどを使用する業種に従事する方		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
カラーコンタクトレンズ・貼り薬などの有無※検査前にはずしてください		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
妊娠の有無 (妊娠 14 週未満は原則として検査を行っておりません)		<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
B	造影検査一般の確認 (全例で確認のこと)	腎機能障害の有無 (Cre. mg/d l) (推算 GFR ml/min/1.73 m ²)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		気管支喘息の有無 (1 年以内に大発作があった方)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		重症肝障害の有無 (内容:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		アレルギー歴 (内容:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	循環器系・腹部領域の造影検査の確認	不整脈・心臓病の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		緑内障の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		前立腺肥大症の有無 (男性のみ記入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	陰性造影剤 リゾビスト検査 MRCP 検査	鉄製剤投与中・鉄製剤投与治療の既往の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		出血傾向の有無/溶血性貧血の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		平素からの偏頭痛・後頭部痛・腰背部痛の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
金属アレルギーの有無		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A	閉所恐怖症・その他に問題と思われる点 ()	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	

検査に問題がなければ、検査に問題ないにチェックを入れて下さい。

上記は 検査に問題ない、 または前回 (年 月 日) と同様である

↑ チェック(重要)MRI 造影検査 同意書

私は MR 造影検査を受けるにあたり、造影剤の副作用とその発現率について説明を受け、造影剤使用の必要性について納得しましたので、MR 造影検査の実施について承諾致します。

平成 20 年 1 月 6 日

患者様ご署名 _____

または代理人様ご署名 _____ (続柄)

説明医師署名 (潮崎クリニック科) 潮崎 一朗

※単純像のみの場合には患者さまのご署名は必要ありません。

※主治医署名は必ず記入して下さい