

造影MRI検査 問診票

造影MRI 検査を行うにあたり、貴方の体の状態を確認します。
放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

氏名 _____ 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

あてはまるものの にチェックしてください。

1. 今まで、造影剤（注射／点滴）を用いた検査を受けたことがありますか。

いいえ はい

「はい」にされた方は、下記に受けたことのある検査にしてください。（複数可）

CT検査 MRI 検査 尿路造影
胆道造影 血管造影 胆嚢造影

2. その時、副作用はありましたか。

いいえ はい

3. 今までに喘息（ぜんそく）と言われた事ありますか。

いいえ はい

4. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

いいえ はい

「はい」にされた方は、下記に当てはまるものにしてください。

じんましん アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
薬のアレルギー（薬剤名 _____ ） 食物のアレルギー（食物名 _____ ）
その他（ _____ ）

5. 以下の病気と言われたことがありますか。

いいえ はい

「はい」にされた方は、下記に当てはまるものにしてください。

重い肝臓の病気 重い腎臓の病気

・上記の問診を確認した上で造影剤を使用する