

③

## MRI 検査造影剤問診票

患者様情報	
フリガナ	
氏名	様 男・女
生年月日	年 月 日
住所	〒 -
連絡先	TEL ( ) 自宅 勤務先 携帯電話

検査予定日時
年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分
御依頼医療機関
病院・医院 クリニック・診療所 科 先生
貴院連絡先 初めて依頼される場合のみ。
TEL ( )

造影検査前チェック	喘息	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
	造影剤に対する過敏症の既往	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
	造影検査を受けたことがある (有の場合) 造影剤副作用の既往	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
	アレルギー ( )	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
	重篤な肝障害	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
	腎障害	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
	透析	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
	妊娠 ( ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
感染症 STS・HBV・HCV・HIV・MRSA・その他 ( )		
造影検査実施		可 不可

上記造影検査前チェックで問題が無く、造影検査実施にご同意いただければ恐れ入りますがご署名をお願いいたします。

年 月 日

依頼医師署名 \_\_\_\_\_