

## 造影剤を用いる MRI 検査（ 年 月 日予定）の間診票

以下の質問にお答え下さい

- 1) 造影剤の使用経験はありますか：□なし・□あり・□分からない
- 2) 造影剤使用経験ありの場合は何の検査でしたか：□CT・□MRI・□血管造影・  
□その他（ ）・□何の検査か分からない
- 3) 造影剤使用経験ありの場合副作用はありましたか：□なし・□あり
- 4) 副作用ありの場合どのような副作用でしたか（ ）
- 5) アレルギーはありますか？：□なし・□あり
- 6) アレルギーありの場合どのようなアレルギーですか：□喘息・□じんま疹・  
□アレルギー性皮膚炎・□花粉症・□アレルギー性鼻炎・□その他（ ）
- 7) 腎不全はないでしょうか：□なし・□あり・□分からない

以上の間診、検査部位、病気の性質など総合的に判断して同意をいただいている場合でも造影剤を用いない場合もありますのでご了承下さい。

都城市郡医師会病院 TEL:0986-36-8300