

MRI造影剤使用問診票

安全に造影剤を使用したMRI検査を受けていただくために以下の内容を確認して、正確にご記入して下さい。

カドビスト、EOBープリモビスト(静注MRI用造影剤)

1. 以前にMRI用造影剤を使用したMRI検査で、副作用が発生したことがある “はい”の場合どんな症状がでましたか？ 該当する項目を丸で囲んで下さい。その他の場合は症状を記入して下さい。 かゆみ・発疹・発赤・吐き気・嘔吐・くしゃみが止まらなくなった 頭痛・動悸・不整脈・呼吸困難・意識消失・血圧低下・腎不全 アナフィラキシーショック その他()	はい	いいえ 使用経験なし
2. 気管支喘息・小児喘息の既往がある。	はい	いいえ
気管支喘息で最近まで治療していた、もしくは現在も治療中である。 最近まで治療していた場合は治療していた期間を記入して下さい。 (治療期間 ~ まで)	はい	いいえ
3. アレルギーがある。 “はい”の場合どんなアレルギーがありますか？ ()	はい	いいえ
4. 医師より腎機能が低下していると診断されている (eGFR 30ml/分/1.73m ² 以下)	はい	いいえ
5. 透析を受けている	はい	いいえ
6. 授乳をしている (女性のみ)	はい	いいえ
7. MRI造影剤の必要性をご理解いただけましたか	いいえ	はい
8. MRI造影剤の副作用出現の可能性についてご理解いただけましたか	いいえ	はい

ボースデル使用の場合(経口造影剤)→MRCP検査の場合のみ記入

A) 以前にボースデル(経口造影剤)を使用したMRI検査で、副作用、気分不快になったことがある。“はい”の場合どのような症状がでましたか？カッコに記入して下さい ()	はい	いいえ 使用経験なし
B) 授乳をしている (女性のみ)	はい	いいえ

備考

必ず申込用紙と一緒にFAXをして下さいます様、宜しくお願いいたします。

札幌市白石区本通9丁目南1-1
TEL 011-863-8800 (地域連携室直通)

