



【 造影MR問診票】 (陶生ID)

紹介医療機関名

氏名 \_\_\_\_\_ 様 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

検査をスムーズに行うため、問診にご協力ください。

検査を指示される医師は、下記項目をチェックして、当日患者さんに持参していただくようお願いいたします。 (どちらかにレ点をつけてください)

①	これまでに造影剤を使用して検査を受けた事がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	その時、帰宅後も含め何か異常はありましたか。 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②	喘息がありますか。 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療していない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③	eGFR (不明な場合は血清クレアチニン) を記入してください。 ・ 検査前 3 ヶ月以内のみ有効 ・ eGFR が 30ml/min/1.73m <sup>2</sup> 未満の場合は原則造影できません。  <input type="checkbox"/> 確認不要で施行 (リスクを承知の上、腎機能の確認なしで施行)	採血日 年 月 日	
		eGFR	
		cCr	
④	薬や食べ物のアレルギーで治療をしたことがありますか。 (食べ物・薬品名 : )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤	妊娠中または妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ