

造影MRI 検査 ガドリニウム造影剤の問診票 (病診連携用 MRI - 3)

患者署名 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 代理人署名 _____ 検査年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 患者との関係 _____

<以下 A ~ E の質問にお答えください>

□にチェック✓を入れてください。[あり]の場合は当てはまるものに○印を付けてください。

A. 今まで造影MRI検査を受けたことがありますか？(MRIの途中で注射をしたことがありますか？) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [あり]の方のみお答えください。その時、副作用や合併症はありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → じんましん、発疹、吐き気、せき、くしゃみ、呼吸困難、血圧低下、意識消失、造影剤が皮下に漏れた、その他()
B. アレルギー体質あるいはアレルギー性の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ぜんそく、じんましん、薬物過敏症、花粉症、アトピー性皮膚炎、食べ物()、その他() [ぜんそく]の方のみお答えください。 現在もお薬などで治療中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 最近発作は起きていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → いつ頃()
C. 現在人工透析をしていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
D. 女性の方へ 現在授乳されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 検査後48時間は授乳を避けてください
E. 現在の体重 _____ kg (造影剤使用量の適正化に必要なものです)

<判定 (医師記入欄)>

判定欄A~Cは上記問診欄に対応しています。

「なし」は造影可、「あり」の場合は下記参考に造影の可否を判定してください。

A. 造影剤過敏症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 中等以上の場合は造影をなるべく回避することを原則とする						
B. アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 注意観察にて造影可						
ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 活動性で治療中でもコントロールされていない場合は禁忌						
C. 人工透析	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
腎機能	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">eGFR</td> <td style="padding: 2px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">年 月 日</td> <td style="padding: 2px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">eGFR 30未満</td> <td style="padding: 2px;">_____</td> </tr> </table> 日本医学放射線学会と日本腎臓学会の合同委員会では2024年5月発表のガイドラインで、「長期透析が行われている終末期腎障害、eGFR30未満の慢性腎不全、急性腎不全」の場合は「原則としてガドリニウム造影剤を使用せず他の検査で代替すべき」としている	eGFR	_____	年 月 日	_____	eGFR 30未満	_____
eGFR	_____						
年 月 日	_____						
eGFR 30未満	_____						
判 定	<input type="checkbox"/> 造影実施 <input type="checkbox"/> 造影中止						

問診票記載内容をすべて確認し依頼医の責任において造影MRI検査を実施します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 依頼医署名 _____