

MRI造影検査問診表

()年()月()日 記入

氏名()様 生年月日(年 月 日)生 年齢()歳 性別(男性・女性)

カドリニウム系造影剤を安全に使用するために以下の項目にお答えください。

1. 今までに造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがありますか？

なし

あり → CT検査 MRI検査 血管造影 腎尿路検査 胆嚢検査

↓ その他()

ありの方にお尋ねします。その時に副作用はありましたか？

発疹 吐き気 かゆみ その他()

2. アレルギー性の病気・アレルギー体質などがありますか？

なし

あり → 喘息 蕁麻疹 アトピー・アレルギー性鼻炎 その他()

薬・注射の副作用 食べ物によるアレルギー ()

3. 血縁関係の方でアレルギー性の病気やアレルギー体質の方はおられますか？

なし

あり