ガドリニウム造影剤問診票

太枠の中についてお答えください

1. 造影剤を使用した検査を受けたことがありますか	いいえ・はい	CT ・ MRI ・ _____
2. 造影剤を使用して副作用を経験したことがありますか	いいえ・はい	CT ・ MRI ・ _____
「はい」の方、どのような副作用でしたか（かゆみ・発疹・咳やくしゃみ・吐き気・嘔吐・その他 _____）		
3. 気管支ぜん息と診断されたことがありますか	いいえ・はい	
「はい」の方、現在の状態は？（服薬治療中 ・ 未治療 ・ 治った）		
4. アレルギー性鼻炎、発疹、蕁麻疹などアレルギーを起こしやすい体質ですか	いいえ・はい	
5. 両親・兄弟に、ぜん息やアレルギー体質の方はいますか	いいえ・はい	わからない
6. 腎臓のはたらきが悪いと言われたことがありますか	いいえ・はい	☐ 人工透析中
7. てんかんや痙攣を起こしたことがありますか	いいえ・はい	
8. 現在妊娠している。もしくはその可能性がある	いいえ・はい	（女性の方のみ、お答えください）

ガドリニウム造影剤使用同意書

糸魚川総合病院 病院長 殿

私は、今回 20 年 月 日 予定の MRI 検査におけるガドリニウム造影剤使用について、別紙説明にもとづき、医師より説明を受け質問する機会を得ました。ガドリニウム造影剤の必要性やその副作用について理解した上で以下のように回答いたします。

太枠の中についてご記入ください

1. ガドリニウム造影剤を使用することに同意します
 予期せぬ事態の際に救急処置が適宜行われることにも同意します。

2. ガドリニウム造影剤を使用することに同意しません
 ガドリニウム造影剤を使用しないことにより診断の精度が低くなることも理解しました。

記入日 20 年 月 日 氏名 _____

代理人氏名 _____ (続柄) _____

医師記入欄

ガドリニウム造影剤の使用について患者様に説明し、同意書を確認しました。また問診の内容および直近 3 ヶ月以内の腎機能を確認し、造影剤の使用について以下のように判断します。

- 通常造影可能
- 造影中止（単純に変更）

測定日 20 年 月 日

eGFR _____ mL/min/1.73m²

記入日 20 年 月 日

医師名 _____