
造影MRI検査にあたっての問診表

《造影MRI検査をお受けになれる方のみ、質問にお答えください。》

アレルギーはありますか？	.....	いいえ	・	はい
造影剤過敏症（アレルギー）と言われたことがありますか？	.....	いいえ	・	はい
造影剤を用いた検査で具合が悪くなったことがありますか？	.....	いいえ	・	はい
下記の病気を医師より指摘されたことはありますか	.....	いいえ	・	はい

造影MRI検査を受けられる場合は、同意書にご記入ください。
問診表で「はい」と答えられた方は、医師と相談のうえ、
検査を受けられる場合は、同意書にご記入ください。

造影MRI検査 同意書

検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記、予定の造影MRI検査の目的や必要性、また注意点や危険性について

(_____)より説明を受け、納得しましたので、検査を受けることに同意します。
同意された後でも、撤回する事ができます。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人・代理 (_____) 氏名 (_____)