

MRI検査造影剤用チェックリスト

患者様氏名

ご紹介元医療機関名

年齢	歳	(男	・	電話番号	
検査日	平成	年	月	日	()	FAX番号
						依頼医師名

検査をお受けするにあたり下記の質問について回答いただきFAXにて送信をお願いいたします。
なお、間に合わない場合は、当日ご本人に持参いただけますようよろしくお願いいたします。

◆ 造影剤禁忌症例チェックリスト (該当するものに○印をつけてください。)

- ガドリニウム系造影剤過敏症の既往歴 (有 ・ 無)
鉄剤過敏症の既往歴(リゾビスト使用の場合) (有 ・ 無)
ヘモクロマトーシス等鉄過敏症(リゾビスト使用の場合) (有 ・ 無)
出血症状の既往歴(リゾビスト使用の場合) (有 ・ 無)

◆ 造影剤慎重投与症例チェックリスト (該当するものに○印をつけてください。) (e-GFR値又はCr値の記載をお願いします。)

- 気管支喘息 (有 ・ 無)
重篤な肝障害 (有 ・ 無)
重篤な腎障害 当院のe-GFR(推定腎糸球体濾過量)の基準値 男女 <30ml/min/1.73m² (e-GFR :)
又は
血清Cre値の基準値は 男性 > 1.6mg/dl ・ 女性 > 1.2mg/dl (Cre :)
妊娠の可能性 (女性のみ)

注意：MRI禁忌をご確認ください。(ペースメーカー、植え込み型除細動器など)

当院では、検査前に放射線医師が問診し、造影剤同意書をいただきます。上記に該当する場合や、e-GFR値・Cr値の記載が無い場合、単純MRIに切り替えることがありますのでご了承ください。

◇ 造影剤副作用報告

- 軽症 (約1%未満)：嘔気、嘔吐、熱感、蕁麻疹等
重傷 (約0.1%未満)：ショック、アナフィラキシー、痙攣発作等

◇ その他の注意事項

- 1) 当院では、胆嚢・消化器精査以外の検査は、原則的に食事制限はしていません。
- 2) 遅発性アレルギー(1時間から数日)の報告があり、発疹、発熱、悪心、めまい、胸内苦悶感等の副作用と思われる症状があらわれる場合があります。
- 3) 授乳中の患者様は、造影剤投与後48時間は授乳をさける必要があります。

【問い合わせ】

武蔵野赤十字病院 放射線科
TEL : 0422-32-3111 内線5270(平日9時~17時)
FAX : 0422-34-6550 2013.08.01 改訂