

フリガナ	
患者氏名	_____様
生年月日	_____年____月____日生
性別	_____

MRI造影剤 質問票

MRI造影剤の投与に際して(検査依頼医師記入用)

1. MRI造影検査の既往..... ☐ はい ☐ いいえ
1-1. MRI造影検査を受けたことがある場合、帰宅後も含め異常の有無
☐ はい : ☐ かゆみ ☐ 発疹 ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐 ☐ その他()
☐ いいえ
2. 治療を要するアレルギーの既往..... ☐ はい ☐ いいえ
3. 喘息の既往..... ☐ はい ☐ いいえ
4. 腎疾患の既往..... ☐ はい ☐ いいえ
5. 授乳中・妊娠中、または妊娠の可能性がある..... ☐ はい ☐ いいえ
6. 直近のeGFR値 測定値_____ml/min/1.73m² (測定日_____年____月____日)

記入医師: _____

記入日: _____年____月____日