

# MRI 造影検査問診票

患者名 \_\_\_\_\_ 様

安全に造影検査を受けていただくために、以下の質問にお答え下さい。

- これまでに MRI 造影検査を受けられたことがありますか。 ( あり ・ なし )
  - あると答えられた方。その時、副作用はありましたか。 ( あり ・ なし )
  - 副作用があった方は、内容を詳しくお書きください。
- 
- 

- アレルギー体質ですか。 ( あり ・ なし )
- あると答えられた方。何のアレルギーですか。

アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
薬 (薬品名: \_\_\_\_\_ )  
食品 (食品名: \_\_\_\_\_ )

- 心臓病 ( あり ・ なし ) 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )
  - 腎臓病 ( あり ・ なし ) 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )
  - 肝臓病 ( あり ・ なし ) 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )
  - 気管支喘息 ( あり ・ なし )
  - けいれん・ひきつけ ( あり ・ なし )
  - その他の疾患があれば、ご記入下さい。
- 

(西暦) 年 月 日 記入者名 \_\_\_\_\_ 様

聖フランシスコ病院 放射線科 TEL 095-846-2580 (直通)