

# MRI 用造影剤使用に関する問診票

- 体重 \_\_\_\_\_ kg
- 腎機能 eGFR 値 \_\_\_\_\_ ml/分 ( Cr 値 \_\_\_\_\_ mg/dℓ )  
(採血日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 造影検査日から3ヶ月以内)

1. MRI 用造影剤を使用して検査を受けたことがありますか？  
なし あり ( ガドリニウム造影剤 鉄造影剤 経口造影剤  
その他 )

## その時、何か異常はありましたか？

- なし あり ( 発疹 (かゆみ) 吐き気 嘔吐 頭痛  
くしゃみ 息苦しさ 血圧低下 その他 )

2. 今までに喘息と言われたことがありますか？  
なし あり ( 現在治療中 現在は治っている )
3. アレルギー体質はありますか？  
なし あり ( 薬剤 ( \_\_\_\_\_ ) 食べ物 ( \_\_\_\_\_ )  
アトピー性皮膚炎 花粉症 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )
4. 腎臓の病気や機能が悪い (透析を含む) と言われたことはありますか？  
なし あり (病名 \_\_\_\_\_ )
5. 肝臓の病気と診断されたことはありますか？  
なし あり (病名 \_\_\_\_\_ )
6. 心臓病と診断されたことはありますか？  
なし あり (病名 \_\_\_\_\_ )
7. 女性のみにお尋ねします。  
現在妊娠している、またはその可能性がありますか？  
はい いいえ  
現在授乳中ですか？  
はい いいえ