

# ガドリニウム造影剤検査（造影 MRI）問診票

紹介検査用

記入年月日：平成 年 月 日

氏名：

生年月日： 年 月 日 体重： kg

情報提供者：本人・家族

[1] 気管支喘息と診断されたことはありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、時期はいつですか？  子供のときだけ  最近も症状が出る

[2] 今までに造影剤を用いた検査を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、その検査は何ですか？ (CT MRI 血管造影 その他 ( ))

『はい』の方、その時副作用はありましたか？

なし  じんましん  発赤  くしゃみ  咳  あくび  嘔吐  
 吐き気  頭痛  顔面のむくみ  のどの違和感  
 その他 ( )

[3] 腎臓の病気や腎機能が悪いと言われたことはありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、病名をお書きください (病名 )

医療機関記入欄 血清 Cr ( ) eGFR ( )

[4] 心臓病と診断されたことはありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、病名をお書きください (病名 )

『はい』の方、薬を服用している場合は薬の名前をお書きください ( )