

西京都病院 造影MRI検査チェックリスト

下記の項目に該当する方は、造影検査をお受けできません。
誠に申し訳ありませんが、ご了承お願い致します。
該当項目が無ければ、該当項目なしに○をつけてください。

- ・過去にMRI用造影剤でアレルギーを起こしたことがある方
- ・気管支喘息およびその既往のある方
- ・腎障害のある方、腎機能が低下している方
- ・妊娠中及び授乳中の方（検査後の婦人科、小児科対応困難なため）

【 該当項目なし 】

下記についてもご記入をお願い致します。該当なし・ありに○をつけてください。

薬剤および食品アレルギーの有無について 【 なし ・ あり 】

ありの場合 種類： _____

β遮断薬服用の有無について 【 なし ・ あり 】

※造影検査を受けられる患者様へ

造影剤を使用すると、まれに「気分不良、吐き気、発疹」などの副作用が出ることがあります
極めてまれにですが、「意識消失、ショック症状」などの強い副作用が出ることがあります。
副作用が出た場合、必要と判断した適切な処置を行います。ご了承ください。

記載日 年 月 日

チェックリスト確認医師氏名

患者氏名

全ての項目に記入後、本用紙を西京都病院までFAXお願い致します。

FAX番号 075-391-6166

ご不明な点がございましたら、下記までお尋ねください。

電話番号 075-381-5166（代表） 放射線科（内線157）