様式②

□新潟臨港病院　□新潟万代病院
検査問診票 兼 検査同意確認書（検査問診及び注意事項）

以下記載のうえ、様式①「外来診療・検査予約申込書」と一緒にファクス送信下さい。

ご依頼元 医療機関名	

患者様	氏 名	(ｶﾅ)	年齢	才	性別	□ 男　□女
		様	身長	cm	体重	kg
			ＩＤ			
	患者様は以下記載のとおり、検査（及び造影剤使用の場合の投与）に　□ **同意しています**（□に✔）					

❶希望事項

検査の種類	造影の有無	画像診断
□ＣＴ　□ＭＲＩ	□単純のみ　□単純＋造影	□不要　□必要（後日報告になります）

病名・臨床診断・検査部位など詳しく記載ください

検査部位

□頭部	□頚椎	□肩関節（　）
□頚部	□胸椎	□膝関節（　）
□胸部	□腰椎	□四肢（部位：　）
□上腹部	□股関節	
□腹部～骨盤腔（ＣＴのみ）	□骨盤腔	□その他（　）

□ＭＲＣＰ　※ＭＲＣＰ造影不要です（ボースデル飲用　□可　□不可）

❷ＭＲＩ確認事項

※心臓ペースメーカー・ＩＣＤ・人工内耳・可動式義眼・脳動脈クリップがある方は検査不可

・体内金属　無 ・ 有（種類：　）
※有の場合は手術をされた病院にＭＲＩ可能か問い合わせ願います

・その他の金属　無 ・ 有（種類：　）
・妊　娠　無 ・ 有
・閉所恐怖症　無 ・ 有
・仰臥位での 30 分安静　可 ・ 不可
・刺青・アートメイク　無 ・ 有
・義歯・インプラント　無 ・ 有
・その他患者様の留意事項等（　）

❸問診

【静注造影剤を使用する場合のみ 記載必須】

・ 今までに上記の検査を受けたことがありますか	1. ある	2. ない	3. 不明
・ その際、造影剤は使用しましたか	1. した	2. しない	3. 不明
・ そのとき、発疹や吐き気や血圧低下などがありましたか	1. ある	2. ない	3. 不明
・ 内服薬や注射薬などで、薬にまけたことがありますか	1. ある（　）	2. ない	3. 不明
・ そのほか何かアレルギー（食物など）がありますか	1. ある（　）	2. ない	3. 不明
・ 気管支喘息と言われたことがありますか	1. ある	2. ない	3. 不明
・ 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか	1. ある	2. ない	3. 不明
・ 甲状腺の病気と言われたことがありますか	1. ある	2. ない	3. 不明
・ 心臓の病気と言われたことがありますか	1. ある	2. ない	3. 不明
・ ビグアナイド系糖尿病の薬を服用していますか	1. いる（薬：　）	2. いない	3. 不明

・ 検査の種類・部位によっては、検査前４時間の食事・２時間の飲水制限があります。
・ ビグアナイド系糖尿病薬を服用の方は、ＣＴ造影の場合、検査前後 48 時間の休薬が必要となります。
・ 喘息の方、造影剤アレルギーがある方は、委託扱での造影検査をお断りする場合があります。

2020.11 版