

MRI 造影検査依頼書(依頼医師記載)

安全な造影検査を施行するために下記の点をご留意の上、チェックボックスにチェックを入れて、診療情報提供書と一緒にファックスをお願いいたします。

① 以下の項目の『はい』にチェックが入っている場合は予約対応をしております。

過去のガドリニウム造影剤で中等度（広範囲の発疹など）以上の副作用が出た事がある。 ＊過去の副作用歴のある患者の副作用発現率は 20%以上とされているため。	☐ はい ☐ いいえ
現在、eGFR が 45 未満である ＊造影剤腎症のリスクが高い eGFR が 45 未満の患者さんは対応しておりません。 透析施行中の患者さんは造影剤を使用することができます。 ＊直近 3 ヶ月以内（可能な限り直近の値）の血清クレアチニン値または eGFR 値をご記入ください。	☐ はい ☐ いいえ クレアチニン値 _____mg/dl eGFR 値 _____mL/min/1.73 m ²
肝臓の造影 MRI 検査の場合は 直近 3 ヶ月以内の総ビリルビン値をご記入ください。	総ビリルビン値 _____mg/dl
現在、治療中あるいはコントロール不良の気管支喘息がある。 ＊気管支喘息患者は副作用発現率が上昇するため。	☐ はい ☐ いいえ
満 15 歳以下である。	☐ はい ☐ いいえ

② 注意点

現在、授乳中である。 ＊造影剤の母乳への移行が報告されています。	☐ はい ☐ いいえ
授乳中の場合、造影剤検査後 4 8 時間の授乳禁止の指示をした。	☐ はい ☐ いいえ

水分制限による脱水は副作用リスクが高くなるとされていますので、十分な水分摂取をご指示ください。

患者氏名 _____

依頼施設名 _____

説明医師名 _____