

患者氏名 _____

造影MRI検査の説明および同意書

今回実施するMRI検査は、より詳細な病気の評価のために『造影剤』を注射します。造影剤により次のような副作用が起こることがありますので、患者様または代理人様の同意を得たうえで造影剤を使用します。

《ガドリニウム造影剤》

1. 軽い副作用

- ・吐き気、動悸、かゆみ、くしゃみ、発疹など。
- ・通常、治療を要さないか、数回の投薬や注射で回復します。
- ・頻度は、約1,000人に4人(0.05～0.4%)以下です。

2. 重い副作用

- ・呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全など。
- ・入院のうえ治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。
- ・頻度は、約20万～45万人に1人程度です。
- ・約200万人に1人程度の割合で死亡する場合があります。

3. その他

- ・造影剤注入時、希に血管外に造影剤がもれることがあります。基本的には時間がたてば吸収されますが、もれた量が多い場合、別の処置が必要になることがあります。
- ・気管支喘息、腎臓に障害のある患者様の造影検査は重篤な副作用が発生する可能性があります。造影剤の使用をお断りすることがあります。

★ 万一の副作用に対してもすばやく対応ができるようにしたうえで、検査を行っています。

★ 下欄は安全に造影MRI検査を受けていただくための問診票です。適した言葉を○で囲んでください。

造影MRI検査に関する問診票

- | | |
|--------------------------------------|----------------|
| (1) CT・MRI・血管造影検査などで造影剤を用いたことがありますか？ | (はい・いいえ・わからない) |
| ・上記で「あり」の方：副作用はありましたか？ | (はい・いいえ・わからない) |
| ・上記で「あり」の方：どんな症状でしたか？ | (発疹・吐き気・その他) |
| (2) 薬や食物でアレルギーが出たことがありますか？ | (はい・いいえ・わからない) |
| (3) 気管支ぜんそくはありますか？ | (はい・いいえ・わからない) |
| (4) 腎臓が悪い(腎不全など)といわれたことはありますか？ | (はい・いいえ・わからない) |
| (5) 心臓が悪い(心不全など)といわれたことはありますか？ | (はい・いいえ・わからない) |
| (6) 現在妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？ | (はい・いいえ・わからない) |

説明担当医師 _____

病院 _____

医師名 _____

上記の説明により、造影検査をうけることに

同意します

同意しません

同意します、同意しません のどちらかに○をお付けください。
なお、同意された場合においても、いつでも撤回することができます。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様または代理人(続柄 _____)

ご署名 _____

印 _____

この用紙はご署名の上、検査当日に必ずご持参ください。
(同意書がないと造影検査を受けられません。ご注意ください)

特定医療法人 同心会 遠山病院

☎059-227-6171内線264 (CT室)

☎059-224-7072 (CT室直通)

院外用