

MRI 造影検査説明書および同意書

電話予約後、この用紙は依頼医療機関と患者様でご記入して下さい。

【目的】

- 病変の性質や範囲をみるため
 血管の病変が疑われ、血管をよくみるため
 その他 ()

【問診】

- ・ MRI 造影剤を使用した経験がある。(有・無)
- ・ その時 MRI 造影剤で副作用が出たことがある。(有・無) (症状)
- ・ ぜんそく (有・無) (治療や発作の状況)
- ・ 腎臓の病気をしたことがある (有・無)
- ・ 薬や食物アレルギー反応が出たことがある。(有・無)

【合併症】

- ・ 造影剤の注射直後に熱感が見られることがありますが、これは生理的反応で心配ありません。
- ・ 0.3%で吐き気、気分不快、蕁麻疹などの皮疹、かゆみなどの軽度の合併症があります。
- ・ 10000 人に 1 人か 2 人の割合で血圧低下によるショックやのどの粘膜の腫れによる呼吸困難などの重篤な合併症がおき、ごくまれに死亡例も報告されています。
- ・ 腎臓の機能が低下している方、てんかんやけいれんなどの既往のある方は造影剤が使用できない場合や使用に制限が加わることがありますので、該当される方はお申し出ください。
- ・ なお授乳中の方はお乳の中にこの薬剤が分泌されますので造影剤注入後 48 時間は授乳を避けてください。
- ・ もし合併症が生じた場合には、適切な処置を行います。

年 月 日

医療機関名

説明医師

印

私は造影検査の必要性とそれに伴う危険性などに十分に説明を受け、理解しましたのでその実施に同意いたします。なお、実施中に緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には適宜施行される事についても同意します。

年 月 日

患者氏名

印

同意者名

印

(患者との続柄)

同意書に署名後も質問や承諾の取り消しは可能です。