

# MR I 検査造影剤使用同意書

造影検査予定日 : \_\_\_\_\_

検査依頼(説明)医師 : \_\_\_\_\_

## 問 診 表

過去に造影剤を使用した検査を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
その時に副作用はありましたか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
両親、兄弟にアレルギーの出やすい人はいますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
気管支喘息はありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
腎臓が悪いと言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
心臓病、緑内障、前立腺肥大と言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
糖尿病で血糖降下剤を内服されていますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
妊娠していますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

### 1. 使用目的・方法

今回実施する MRI 検査では造影剤を使用します。造影剤により詳しい情報を得ることができます。造影剤は、血管(静脈)内投与となります。

### 2. 副作用

ごく稀ですが、時として以下の症状が出る場合があります。使用直後から症状が出るのが大半です。

(1) 軽い副作用(約 100 人に 1 人以下、つまり 1%以下)

吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹、発赤等で基本的に治療を要しません。

(2) 重い副作用(約 1 万人に 5 人以下、つまり 0.05%以下)

呼吸困難、血圧低下、意識障害等。通常は治療が必要で、後遺症が残る場合があります。

そのため入院や手術が必要なこともあります。

なお、勢いよく造影剤を注入する場合には、稀に血管外に造影剤が漏れる場合もあります。

この場合には注射部位が腫れて痛みを伴うこともありますが、基本的には時間が経てば吸収されますので心配いりません。

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っています。

もし異常を感じたら、ためらわずにおっしゃってください。

### 3. 造影検査を受けるにあたって

特に指示のない場合は食事及び服用中のお薬は通常通り摂ってください。

### 4. 検査終了後

造影剤は尿として排泄されますので、排泄を促進させるために水分を多めにお摂りください。

以上のことを理解しましたので検査を受けることに同意します。

同意書記載日 年 月 日

患者本人または代理人(続柄 ) 署名 \_\_\_\_\_