

MRI検査・造影剤使用検査に関する同意書

様

生年月日 年 月 日

私は、様 に MRI検査・造影剤使用 検査で造影剤を使用するにあたって、以下の説明を行いました。

【MRI検査とは】 【MRI検査についての説明は別紙にて説明をします】

造影検査とは、造影剤の注射をして行う検査です。この検査により病変の性状や部位などがわかりやすくなり、診断に大変役に立ちます。

MRI検査ではガドリニウム造影剤を使用します。注射された造影剤は、腎機能が正常であれば注射後約6時間で80%が尿となって排出され、やがて全てが体外へと排出されます。

【副作用について】

造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬と同様に造影剤による副作用が生じる場合があります。また副作用には、検査中や直後に生じる即時性副作用と検査終了後数時間から数日後に起きる遅発性副作用があります。

- 軽症：吐き気、嘔吐、頭痛、あくび、めまい、かゆみ、じんま疹、くしゃみ など
(頻度 500~1000人に1人程度)
- 重症：血圧低下、呼吸困難、意識消失、心停止、腎不全 など
(頻度 数万人に1人程度)
- 死亡：非常にまれで、他の薬剤と同様の割合で起こる可能性があります。
(頻度 100~200万人に1人程度)
- 遅発性副作用：ほとんどの副作用は検査後すぐに発症しますが、まれに数時間から数日後に頭痛や、体がだるくなったり、じんま疹が出たりすることがあります。

これらの副作用が生じた場合には、処置、治療が必要なことがありますので、申し出てください。また、他に何か異常が現れた場合には、すぐに来院されるか、病院にご連絡ください。

- 上記の医療行為について、その必要性和内容・起こり得る危険性/後遺症・合併症などについて説明いたしました。
- 上記のほかに代替医療について説明いたしました。
- 上記の医療を受けない場合の不利益について説明いたしました。
- セカンドオピニオンを得ることができることを説明いたしました。

年 月 日

説明担当医師： 印

説明確認者：

同意書

医療法人慈正会丸山記念総合病院 病院長殿

- 私は、この度予定されたMRI検査・造影剤使用検査の必要性和、検査で使用する造影剤の説明を受け、理解しましたのでMRI検査・造影剤の使用に同意いたします。また、緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受ける事にも同意いたします。
- 説明を受けましたが、同意しません。
- その他（)

年 月 日

本人又は代理人氏名： (患者様との続柄：)

※代理人とは、親権者、父母、配偶者、兄弟姉妹、保護義務者、法定代理人等のことです。
※署名に関しては直筆であれば押印は不要です。

MRI造影剤検査のための問診票

記載日：____年 ____月 ____日

様 年齢：____ 性別：____

検査を行うための参考といたしますので、下記の質問にお答えください。
(○で囲んでください。)

- 現在の体重は何kgですか？ [_____ kg]
- 以前に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
無 ・ 有 [CT造影 ・ MRI造影 ・ 血管造影 ・ その他]
有の場合副作用がありましたか？
無 ・ 有 [じんま疹 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 発赤 ・ その他]
副作用があったのはいつですか？
検査中 ・ 検査後
- アレルギー体質と言われたことがありますか？
無 ・ 有 [じんま疹 ・ ぜん息 ・ 花粉症 ・ アトピー ・
薬剤 (_____) ・ 食べ物 (_____)]
- 次の病気はありますか？ またはかかったことがありますか？
無 ・ 有 [心臓の病気 (心不全・狭心症等) ・ 肝臓の病気 (肝硬変等) ・
糖尿病 ・ 甲状腺機能亢進症 ・ 腎臓の病気 ・
その他 (_____)]
- 今までに注射や薬で気分が悪くなったり、じんま疹等が出たりしたことがありますか？
無 ・ 有 [薬品名 (_____)]
- 現在薬を服用していますか？
無 ・ 有 [血圧の薬 (_____) ・ 抗癌剤 (_____)
糖尿の薬 (_____) ・ その他 (_____)]
- 体内に金属がありますか？
無 ・ 有 [ペースメーカー ・ V-Pシャント ・ クリップ ・ 人工関節 ・ その他]
- 入れ墨、アートメイク等をしていますか？
無 ・ 有
- 閉所に不安がありますか？ (閉所恐怖症ですか？)
無 ・ 有
- 女性の方へ : 現在妊娠またはその可能性がありますか？
無 ・ 有
- その他、お気付きの点やご不明な点がありましたら、ご記入ください。
[_____]