

造影MRI検査に関する説明および同意書

患者様用

検査日 年 月 日

患者様氏名

【重要】同意される場合は、問診に回答、ご署名の上、検査当日に必ずご持参下さい。

MRI検査では必要に応じて「造影剤」を注射して検査を実施します。造影剤を使用すると次の様な副作用、合併症が起こる可能性がありますので、患者様または代理人の同意を得た上で造影剤を使用いたします。造影検査の依頼は外来または病棟担当医が行いますが、造影剤を使用するかどうかは検査目的や患者様の状態に応じて、画像診断担当医が検査当日に判断いたします。

<ガドリニウム造影剤による副作用>

<軽い副作用> 吐き気、嘔吐、かゆみ、発疹、めまいなど。
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1000人に4人以下(0.05%~0.4%)です。

<重い副作用> 呼吸困難、血圧低下、咽頭喉頭浮腫など。
入院の上治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。
頻度は20万人~45万人に1人程度です。
200万人に1人程度の割合で、死亡する場合があります。

<合併症> 造影剤が血管外にもれる事があります。基本的には時間が経過すれば吸収されます。
まれに、もれた量が多い場合は別の処置が必要となることがあります。

<その他> 気管支喘息、腎臓に障害のある患者様の場合は、重篤な副作用が発生する可能性が大きくなります。
遅発性副作用として、数日後にも上記の症状がでる場合があります。

★万一の副作用に対してもすばやく対応が出来るようにした上で、検査を行っております。

造影MRI検査に関する問診

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| (1) 今までにMRI検査で造影剤を使用したことがありますか？ | (あり なし わからない) |
| ・上記で「あり」の方:副作用はありましたか？ | (あり なし わからない) |
| ・上記で「あり」の方:どのような副作用でしたか？ | (症状:) |
| (2) 薬や食物でアレルギーが出たことがありますか？ | (あり なし わからない) |
| (3) 気管支喘息(ぜんそく)と言われた事がありますか？ | (あり なし わからない) |
| (4) 腎臓に障害(腎不全など)はありますか？ | (あり なし わからない) |
| (5) 妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？ | (あり なし わからない) |

上記の説明により、造影MRI検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日

本人または代理人(続柄) ご署名

職員が代筆の場合は、職種() 氏名(フルネーム)

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。

説明医師名

救急搬送または状態急変のため本人(代理人)に造影剤使用について同意書を取ることができない場合、下記にご署名ください。

現時点では、造影剤の副作用リスクより診断・治療を優先すると判断します。よって造影剤を用いた検査を行ってください。

年 月 日 時 分 依頼医師名

造影MRI検査に関する説明および同意書

病院控用

検査日 年 月 日

患者様氏名

【重要】同意される場合は、問診に回答、ご署名の上、検査当日に必ずご持参下さい。

MRI検査では必要に応じて「造影剤」を注射して検査を実施します。造影剤を使用すると次の様な副作用、合併症が起こる可能性がありますので、患者様または代理人の同意を得た上で造影剤を使用いたします。造影検査の依頼は外来または病棟担当医が行いますが、造影剤を使用するかどうかは検査目的や患者様の状態に応じて、画像診断担当医が検査当日に判断いたします。

<ガドリニウム造影剤による副作用>

<軽い副作用> 吐き気、嘔吐、かゆみ、発疹、めまいなど。
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1000人に4人以下(0.05%~0.4%)です。

<重い副作用> 呼吸困難、血圧低下、咽頭喉頭浮腫など。
入院の上治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。
頻度は20万人~45万人に1人程度です。
200万人に1人程度の割合で、死亡する場合があります。

<合併症> 造影剤が血管外にもれる事があります。基本的には時間が経過すれば吸収されます。
まれに、もれた量が多い場合は別の処置が必要となることがあります。

<その他> 気管支喘息、腎臓に障害のある患者様の場合は、重篤な副作用が発生する可能性が大きくなります。
遅発性副作用として、数日後にも上記の症状がでる場合があります。

★万一の副作用に対してもすばやく対応が出来るようにした上で、検査を行っております。

造影MRI検査に関する問診

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| (1) 今までにMRI検査で造影剤を使用したことがありますか？ | (あり なし わからない) |
| ・上記で「あり」の方:副作用はありましたか？ | (あり なし わからない) |
| ・上記で「あり」の方:どのような副作用でしたか？ | (症状:) |
| (2) 薬や食物でアレルギーが出たことがありますか？ | (あり なし わからない) |
| (3) 気管支喘息(ぜんそく)と言われた事がありますか？ | (あり なし わからない) |
| (4) 腎臓に障害(腎不全など)はありますか？ | (あり なし わからない) |
| (5) 妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？ | (あり なし わからない) |

上記の説明により、造影MRI検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日

本人または代理人(続柄) ご署名

職員が代筆の場合は、職種() 氏名(フルネーム)

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。

説明医師名

救急搬送または状態急変のため本人(代理人)に造影剤使用について同意書を取ることができない場合、下記にご署名ください。

現時点では、造影剤の副作用リスクより診断・治療を優先すると判断します。よって造影剤を用いた検査を行ってください。

年 月 日 時 分 依頼医師名