

MRI 用造影剤使用検査に関する説明書・同意書

患者氏名 様
生年月日

あなたの病気の状態をよりはつきりさせるために、MRI 用造影剤(カドリニウム造影剤・その他)を血管内に注射しながら行う造影 MRI 検査を受ける必要があります。

造影剤投与に伴う副作用として、100 人に約 1 人の割合でむかつき、じんましん、かゆみ、くしゃみなどの軽いアレルギー症状が、造影剤投与直後から数日以内に起こることがあります。しかし極めてまれに、約 10 万人に約 5 人の割合で重篤な副作用(呼吸困難、血圧低下、ショック、心停止)の起こる可能性があることをご承知ください。したがって検査にあたっては、細心の注意を払い一旦副作用が現れた時はただちに適切な処置ができるよう万全の準備をして検査をしております。

このような副作用の現れる可能性があるにもかかわらず造影検査をおすすめする理由は、あなたの病気を正確に診断し、最良の治療方針をたてるために有用な検査であるからです。

以上のような事情をよく理解されたうえでこの検査に同意いただける場合は、下の欄にご署名の上、提出してください。なお代理人の場合は、ご家族の中からお一人の代表者が続柄とともにご記入くださるようお願い申し上げます。(同意された場合でもいつでも撤回することができます)

- ・造影剤は「尿」と一緒に体の外に排出されます。検査後はいつもより水分(お茶、水等)を多めに飲んで「尿」を出してください。なお医師より水分制限を言われている方は普段どおりで結構です。
- ・授乳中の方は、造影検査後 48 時間は授乳をさけてください。
- ・副作用のほとんどは軽度で自然に消失しますが、重篤な場合は担当医に連絡をとり、その指示に従ってください。また次回造影検査を受ける時は必ず医師にその旨を伝えてください。

以上の説明をしました。

説明者

印

院内同席者

私は、今回の造影検査について、その必要性を理解し検査を実施することに

同意します。

同意しません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者または代理人

ご署名

続柄

検査をできるだけ安全確実に行うために別紙の問診票にお答えください。