

造影MRI検査承諾書

氏名

様

あなたが今回受けられるMRI検査時に、血管や臓器をさらに鮮明に写すためにガドリニウム造影剤または酸化鉄コロイド造影剤を使用します。

造影剤には軽微なものを含めて約1%の副作用があります。

1. 軽い副作用

動悸・頭痛・かゆみ・発疹といった軽いものがほとんどです。基本的に治療を要しません。このような副作用の発生する確率は約100人につき1人(1%)です。

2. 重い副作用

呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。このような副作用は通常は治療が必要で後遺症が残る可能性があります。そのため入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の発生する確率は約1万人につき5人以下(0.05%以下)です。非常にまれですが、病状・体質によっては約100万人につき1人(0.0001%)の割合で死亡する場合があります。

また体質的に造影剤を使用できない(または使用しづらい)場合がありますので、以下の項目をお尋ねします(担当医があらかじめ確認させていただきますが、再度ご確認ください)

依頼医は以下のチェック項目に記入下さい。

① 今までにMRIの造影検査を受けて、副作用が出たことがありますか。

はい いいえ (症状を詳しく:)

③ 気管支喘息と言われたことがありますか。

はい いいえ (症状を詳しく:)

② アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

はい いいえ (症状を詳しく:)

・薬のアレルギー ・食物のアレルギー

(薬剤名:) (食物名:)

④ 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか。

はい いいえ (症状を詳しく:)

静脈注射で使用するとき血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合、漏れた部位が腫れて痛みを伴うことがあります。時間とともに体内に吸収されるので心配ありません。非常にまれですが、漏れた量が多い場合には別の処が必要となることもあります。

※ 追加事項

年 月 日

依頼医療機関名 医師名(署名)

以上の説明をご理解いただき、検査を承諾される場合はご署名をお願いします。

年 月 日

患者氏名(署名) _____

代諾者(署名) _____ 続柄()