

MRI造影検査同意書

(連携医療機関・主治医の先生方へ) 下記内容を患者様へご説明の上、必要事項を記入し、3か月以内のクレアチニン値が記載された血液検査結果表と一緒に患者様へお渡し下さい。

1. MRI造影検査について

通常のMRI検査に加え、ガドリニウムと呼ばれる金属を含んだ造影剤を血管内に投与することで、病変の存在や性状を詳しく調べる事ができます。

2. 副作用について

本検査で用いる造影剤は、他の造影剤に比べて比較的安全な薬剤ですが、投与直後、あるいは投与後しばらくしてから下記の副作用症状が起きることがあります。

(1) 軽い副作用※発生頻度は0.1%~1%未満(約100人に1人以下)程度と報告されています。

吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、かゆみ、発熱、せきなど

(2) 重い副作用※発生頻度は0.05%以下(約1万人に5人以下)と報告されています。

呼吸困難・意識障害・血圧低下・アナフィラキシーショックなど

※また、極めてまれ(発生頻度は約100万人に1人)ですが、死亡例も報告されています。

3. 緊急時について

上記の副作用が発生した場合は、常に迅速な対応が出来るよう体制を整えております。

緊急時には迅速かつ適切な処置を行います。

★患者様が副作用の起こりやすい体質かどうかを把握する為、以下の質問にお答えください。

(1)造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？	はい・いいえ
★「はい」の方→何の検査ですか？(MRI ・ CT ・ 心臓カテーテル ・ その他)	
★「はい」の方→その時、副作用症状はありましたか？(はい ・ いいえ)	
(3)気管支喘息(小児喘息・咳喘息は除く)と診断されたことはありますか？	はい・いいえ
(4)高度腎機能障害(腎臓の働きが悪い)と診断されたことはありますか？	はい・いいえ
※3ヶ月以内の採血結果をご記入下さい【クレアチニン： _____ < 2.0 (検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)】	
(5)お薬に対するアレルギーはありますか？	はい・いいえ
★「はい」の方→何のお薬ですか？(薬剤名： _____)	
(6)食べ物に対するアレルギーはありますか？	はい・いいえ
★「はい」の方→何の食品ですか？(食品名： _____)	
(7)現在、妊娠中ですか？またはその可能性はありますか？	はい・いいえ

【同意書】

造影MRI検査において、その利点と危険性について十分理解し、検査に同意致します。また、緊急時には必要な処置を受けることに同意致します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名(自署)： _____

代理人氏名(自署)： _____

※代理人の場合、本人との関係： (_____)

造影MRI検査において、その利点と危険性について十分説明し、問診等の結果から検査を許可します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名(自署)： _____