　　　　　　　　　飯田市立病院　提出用 　　 保管用

**MRI用造影剤使用に関する説明と同意書**

検　査　日

説明した日

説明した医師

**【造影剤についての説明】**

　MRI検査で造影剤を注射する場合があります。これは病気の有無、病気の部位や範囲、治療の効果など

を診断するために用いられるものです。造影剤を用いない検査と比べ、診断の正確さが増すと判断された

場合に使用されます。造影剤を使用すべきかどうかは主治医が判断します。

《軽い副作用》

吐き気、発疹、頭痛など。100人に1人の確率で発現します。

《重い副作用》

呼吸困難、意識障害、血圧低下、けいれんなど。非常にまれで、正確な発現頻度は不明です。入院治療

が必要で、場合よっては後遺症を残します。※死亡例の報告があります。

　病気の種類や体の状態によっては造影剤により症状が悪化したり、副作用の頻度が高くなることがあり

ます。治療中の病気はすべて主治医に申し出て下さい。また、以下の質問にお答え下さい。

①以前にMRI用造影剤を使用して具合が悪くなったことがありますか？

　　　はいと答えた方…どのような症状がありましたか？　( 　 　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　）

②気管支喘息がありますか？

③肝臓、腎臓に異常があるといわれたことがありますか？

　　　はいと答えた方…どのような異常があるといわれましたか？ 　( 　　　　 　　 　　　　　　　　　　　　 　　　）

④薬や食物、その他のものでアレルギーを起こしたことがありますか？

⑤てんかんがありますか？または、けいれんを起こしたことがありますか？

⑥妊娠中、あるいは妊娠している可能性がありますか？

わたしは造影剤の使用目的や必要性、副作用などの危険性について説明を受け、理解しました。

造影剤を用いた検査を受けることに同意します。

**主治医の判定…造影剤使用の可否　　（　可　　　否　）**

※副作用ではありませんが、注射の際に造影剤が血管の外へ漏れる場合があります。注射した部位がはれ、

痛みを伴うことがありますが、次第に吸収されて治ります。非常にまれですが、皮膚の症状が強い場合

には薬による治療が必要になることがあります。

**【造影剤使用に関する同意書】**

年　　　月　　　　日　　　　 患者署名

説明を聞いた代理人　（続柄　　　　　　） 署名

（同意された場合でも、後日これを取り消すことが出来ます。その際は検査前までに主治医に申し出てください。）

造影剤の使用を希望しない場合は、以下の欄にご署名下さい。

わたしは造影剤を用いた検査を受けることに同意しません。

年　　　月　　　　日　　　 　患者署名

説明を聞いた代理人　（続柄　　　　　　） 署名

ID

性別

生年月日

氏名

科

同席看護師

（　はい　　　　いいえ　）

（　はい　　　　いいえ　）

（　はい　　　　いいえ　）

（　はい　　　　いいえ　）

（　はい　　　　いいえ　）

（　はい　　　　いいえ　）

年　　月　　日