

造影検査（MRI）に関する同意書

検査の問診

1. 今まで造影剤（注射）を用いた検査をしたことがありますか。
なし あり
その時、副作用はありましたか。
なし あり（吐き気、嘔吐、発心、くしゃみ、咳、呼吸困難、ショック）
副作用はいつ起こりましたか。（検査中、検査直後、数時間後、数日後）
2. アレルギー性の病気をしたことがありますか。
なし あり（じんましん、アトピー、花粉症、薬の副作用）
3. 現在妊娠していますか。（女性の方のみ）
いいえ はい

造影剤の説明

MRI 検査では、病気の有無や病気の性質、範囲といったことをより正確に評価するために、造影剤（通常はガドリニウムを有するもの）を注射する場合があります。

この造影剤に対し、じんましん、くしゃみ、吐き気などの軽微な副作用を示す人がいます（100 人に 1 人）。また、まれに呼吸困難、急激な血圧低下（1 万人に約 4 人）、心停止など極めて重篤な症状（100 万人に 1 人）を示す人がいることが報告されています。ぜんそく、アレルギー体質、造影剤副作用歴のある方はこの確率が高くなります。これらの症状は投与直後に起こることが多く、検査中は副作用に対し適切な処置が講じられるように万全の準備を整えています。

なお、造影剤を注射する際、まれに血管外に造影剤が漏れることにより、注射部位が腫れて強い痛みを伴うことがあります。基本的に時間が経てば吸収されますので問題はありません。

検査の同意

造影剤の必要性、副作用について主治医の説明に納得し、造影検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名（自署）： _____

説明者氏名： _____