

MRI 検査における造影剤使用に対する同意書

あなた(患者様)の身体の状態を診断するために造影剤(ガドリニウム造影剤)を使用した検査が必要になる場合があります。これは単純検査(造影剤を使用しない検査)では写らない病気をはっきりさせるためのものです。

この造影剤に対し、時にじんましん、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人に約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(100万人に約1人)を示す人がいることが報告されています。喘息(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。副作用が発生した場合には、最善と思われる処置を迅速に講じますが、その場合の費用(追加診療費)は通常の診療と同様に保険診療となります。

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心配ありません。

MRI 検査・造影剤使用に対するチェックリスト **チェック忘れがあれば造影できません。**

- MRI 造影剤使用歴・副作用歴の有無の確認 ※ 該当する場合、**検査を受けられない可能性**があります。

過去に造影剤(注射)を用いた MRI 検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
↓		
(「ある」と答えた方にお尋ねします。) 副作用症状はありましたか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
↓		
<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 発疹・発赤 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)		

- 喘息(ぜんそく)症状・治療の有無 ※ 該当する場合、**検査を受けられない可能性**があります。

喘息(ぜんそく)にかかったことがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
↓		
(「ある」と答えた方にお尋ねします。) 直近の喘息発作発症はいつですか。 (_____)		
(「ある」と答えた方にお尋ねします。) 現在、治療薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

- 妊娠・授乳の有無の確認 ※ 該当する場合、**造影剤を使用した検査を受けられない可能性**があります。

(女性の方にお尋ねします。) 現在、妊娠していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(女性の方にお尋ねします。) 現在、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

【依頼医記入欄】 私が検査と造影剤の必要性・副作用などについて文書と口頭で説明しました。

説明日

依頼医署名欄 _____

依頼医サイン・押印欄

必ずサインまたは押印をお願いします。

立会人署名欄 _____

(職種)

【造影剤使用の同意】 患者様または代筆者に確認してください。**本書は検査の同意書ではありません。**

検査の必要性や副作用などの説明について納得した上で、

希望される方を○で囲んでください(「造影剤の使用に同意します」に○が付いている場合のみ、造影剤を使用します)。

造影剤の使用に同意します ・ **造影剤の使用に同意しません**

同意日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名欄 _____

代筆者署名欄 _____ (続柄 _____)