造影剤を用いたＭＲＩ検査を受けられる患者様へ

氏名：
生年月日　　年　　月　　日
性別：

ＭＲＩ検査では、小さな病変や血管等をより詳しく描出させるために造影剤の投与が必要な場合があります。ＭＲＩ用造影剤は、病気の診断に大変有用ですが、他の薬剤と同様に、副作用を完全に回避することは困難です。

本剤を使用した患者様のうち約0.05～0.4%に副作用が起こるとされています。副作用の多くは、かゆみ・じん麻疹・吐き気等の軽度のものですが、稀に呼吸困難やショックなどの重篤な副作用が起こることがあります。非常に稀であるため正確な頻度は分かっていませんが、造影剤による重篤な副作用を確実に予知できる方法はないと言われています。

本院では、副作用に備え万全を期して検査を行っておりますので、造影剤を用いた検査の必要性と危険性（副作用）を了承の上、ご承諾ください。

検査を安全に行うため、1～6の質問にお答えになり、同意書に御署名願います。

1. 今までにＭＲＩ造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
   □いいえ　□はい
2. 上記で「はい」とお答えになった方、検査中あるいは検査後（帰宅後も含む）に副作用はありましたか？
   □いいえ　□はい（症状を下記にご記入ください）
   □かゆみ　□皮膚の発赤　□じん麻疹　□くしゃみ　□吐き気
   □気分不快　□その他（具体的に記載：　　）
3. 気管支喘息に罹ったことがありますか？
   □いいえ　□はい
4. 下枠内の病気に罹ったことがありますか？ある場合は○で囲むか病名をお書き下さい。
   また、持病がある方はご記入ください。
   □いいえ　□はい
   てんかん　肝障害　腎障害　ヘモクロマトーシス　鉄過敏症
   病名（具体的に記載：　　）
5. 薬物アレルギーがありますか？　ある方は薬剤名をお書き下さい。
   □いいえ　□はい
   薬剤名（具体的に記載：　　）
6. その他アレルギー性の病気、アレルギー体質はありますか？
   □いいえ　□はい（下記にご記入ください）
   □アルコール　□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性鼻炎　□蕁麻疹
   □食物アレルギー　□その他（具体的に記載：　　）

同意書：私はＭＲＩ造影剤投与の必要性と危険性を十分に理解した上で

□その使用に同意します。　□その使用に同意しません。

年　月　日　患者様御署名
（代理人様御署名　　）

医師判定：造影剤投与　□可　□要注意　□不可　医師名

つくばセントラル病院　放射線科