

造影MR検査を受けられる方へ

造影剤を使用することにより、病変が明瞭になり、治療上必要な詳しい情報を得ることができます。造影剤を使用しなくてもMR検査は行えますが、正確な診断ができず病気を見落とす場合があります。

【副作用】	発生頻度
〔軽度〕 発疹、悪心、嘔吐など	0.1%～5%
〔重篤〕 痙攣発作、咽頭浮腫、肺水腫、ショック状態など	1.9万人に1人
死亡	83万人に1人

【注意】

造影剤を注射する時には、勢いよく注入するため、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部位が腫れて、痛みを伴うこともあります。基本的には、時間がたてば吸収されますので心配ありません。もれた量が多い場合には、別の処置が必要となることもあります。非常な稀です。当院では副作用が起きた場合には、最善の処置ができるように万全の準備を整えています。何か疑問があればいつでもご相談下さい。

問診票	医師確認
① 以前に造影剤の注射をしたことがありますか。 (はい・わからない・いいえ) 吐き気や発疹などの副作用が出たことがありますか。 (はい・わからない・いいえ) 「はい」の場合：いつ頃 [] 何の検査で [] 症状 []	☐ 適
② 腎臓が悪いといわれたことがありますか。 (はい・わからない・いいえ)	☐ 適
③ 肝臓が悪いといわれたことがありますか。 (はい・わからない・いいえ)	☐ 適
④ アレルギーがありますか。 (はい・わからない・いいえ) 「はい」の場合：何で（薬剤、食品名など） []	☐ 適
⑤ 気管支ぜんそくがありますか。 (はい・わからない・いいえ)	☐ 適
⑥ 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか。 (はい・わからない・いいえ)	☐ 適

上述の問診票で、「はい」とお答え頂いた項目のある方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。

以上、問診を実施し適応を確認しました。検査依頼医師 _____

主治医コメント _____

承諾書

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意致します。
(尚、この承諾書に署名をした後も、本医療行為の中止を申し出ることができます。)

承諾日 年 月 日

患者様または代理人（続柄 _____）

15歳以下患者様の親権者（続柄 _____）

署名 _____

署名 _____