

# 造影MRI検査承諾書

東京都健康長寿医療センター院長 宛

安全な検査を行っていただくため、患者様の既往歴等についてお尋ねいたします。

① 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことがある。 ある ・ ない	
② 気管支喘息などのアレルギー性疾患がある。 ある ・ ない → ある場合、具体的に(	)
③ ほかの薬剤過敏症やじん麻疹などアレルギー歴はある。 ある ・ ない → ある場合、具体的に(	)
④ 磁性のある金属が体内にある。 ある ・ ない → ある場合、具体的に(	)
⑤ 腎機能検査値 [検査日: 平成 年 月 日]	
血清 BUN : _____ mg/d	
クレアチニン : _____ mg/dl	
⑥ その他 (特記事項)	
(	)

## 同意事項

### 1 造影MRI検査

ガドリニウムを含んだ薬 (MRI造影剤) を血管内に注射しながら行うMRI検査です。造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などが詳しく描出され、診断に大変役立ちます。また、肝臓の検査では、鉄分を含んだ薬を用いることがあります。

### 2 造影剤の副作用

検査に際しては、その時点での症状や以前にかかった病気、家族の方がかかった病気などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後しばらくしてから下記のような副作用症状が起きることがあります。

#### 『軽い副作用 (頻度は約1~2%以下)』

発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発熱、せきなど  
(鉄分を含んだ薬では、腰痛や背部痛が起こることがあります。)

#### 『重い副作用 (きわめてまれで、1万人に1人以下)』

まれにショックやアナフィラキシー様反応 (例: 呼吸困難や血圧低下など) が起こることがあります。

### 3 MRI検査を行えない場合

手術や他の治療によって**磁性のある金属**が体内にある場合など、造影の有無に関わらず、検査が施行できない場合がありますので、あらかじめお申し出ください。

例: 心臓ペースメーカー、脳動脈瘤クリップ、金属製入れ歯、人工骨頭、入れ墨等

検査における危険性を含め担当医師から説明を受け、この検査に同意します。

平成 年 月 日

患者様署名 : \_\_\_\_\_

(代理人様署名) : \_\_\_\_\_

(患者様との続柄)

)

貴院名 : \_\_\_\_\_

紹介医 : \_\_\_\_\_