

造影MRI検査同意書

東京都健康長寿医療センター長 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 血縁者で造影剤による重篤な副作用歴がある。

ある ・ ない

⑥ 腎機能検査値〔検査日: 年 月 日〕

eGFR : _____

*eGFR30未満や透析中の方は腎性全身性繊維症(NSF)という

Cre : _____ mg/dl

重篤な副作用のリスクがあるため造影剤の使用はできません。

⑦ その他(あれば具体的に) ()

同意事項

1 造影MRI検査

ガドリニウムを含んだ薬(MRI用造影剤)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、肝臓検査では、鉄分を含む造影剤を使う場合もあります。

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(約100人に5人以下)』

発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、動悸、頭痛、めまい、発熱、せきなど

(鉄分を含む造影剤では、腰痛や背部痛が起こる場合もあります。)

『重い副作用(約2万人に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。

『重篤な副作用(約100万人に1人以下)』 極めてまれに死亡する場合があります。

3 MRI検査を行えない場合

手術や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、心臓人工弁、脳動脈瘤クリップ、人工関節、入れ墨、内視鏡クリップ、コイル、ステント等

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。

年 月 日

患者様署名 : _____

(代諾者様署名) : _____

(患者様との続柄)

貴院名 : _____

紹介医 : _____