

造影MR I 検査の問診票兼同意書

本日は造影剤を使用するまたは使う可能性のある検査です。注射で行う造影剤です。造影剤を使用する目的は、病気の状態をより一層はっきりさせることです。

造影検査の問診

- ◆気管支喘息はありますか？
ない ・ ある 最終発作、治療内容など ()
- ◆過去に MRI や CT 検査で造影剤を使用して、副作用はありましたか？
ない/使用歴なし ・ ある 具体的な内容 ()
- ◆花粉症、アトピー、薬などのアレルギー体質がありますか？
ない ・ ある 具体的な内容 ()
- ◆腎機能の障害や低下を指摘されたことがありますか？
ない ・ ある
- ◆現在の体重 _____ Kg

造影剤は一般の医薬品と同様に、副作用が起こりえます。

1. 100 人に 2～3 人ほどの方で、吐き気・不快感・じんましん・発赤・かゆみなどの一時的な症状があります。
2. 体質により、10 万人から 20 万人に 1 人の割合で、治療を要する重篤な状態や、また極めてまれですが生命にかかわるような場合もあります。
3. まれに注射をした部位に痛みが残る場合があります。
4. 授乳中の方は、造影剤の種類によっては授乳を避けていただく場合がありますので、お申し出下さい。

造影検査によって明確な画像診断が可能となり、より正確な診断や最良の治療方針を立てるために役立ちます。これらのメリットが造影剤による副作用のリスクを上回ると判断された場合に、造影検査を行います。もし副作用が現れた場合には、直ちに適切な対応が講じられるように準備を整えており、速やかに処置を致します。

造影剤の必要性や副作用を充分にご理解いただいたうえで、ご署名をお願い申し上げます。ご質問があれば、お気軽にお尋ね下さい。

説明医師： _____

造影剤を使用した検査を受けることに 同意します。

同意しません。

年 月 日 本人署名 _____

※ご本人が未成年の場合は、保護者をご署名下さい。

【代諾者の方が署名される場合】代諾者署名 _____

(本人との続柄 _____ 患者氏名 _____)

※同意書のコピーが必要な方はお申し出下さい。