

MR I 検査造影同意書

氏名 _____ 性別 (M F)

検査予定日 年 月 日

今回実施するMR I 検査は、“造影剤”という薬剤の注射をさせていただきます。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、今後の治療に役立てます。MR I 検査は造影剤を使用しなくても行えますが、正確に診断が出来ず病気を見落とす場合があります。これは安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用の種類は次のようなものです。

- 1) 軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹など
2) 重い副作用：呼吸困難・意識障害・血圧低下など

万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っていますが、もし異常だと感じたら、ためらわず、すぐにおっしゃってください。

なお、検査後は造影剤を尿と一緒に体の外に出すために、いつもより多めに水分を取って下さい。

検査をできるだけ安全確実にを行うために次の質問（問診票）に答えて下さい。

問診票

- 1) 今までに、造影剤の注射をして検査したことがありますか？
ない ある
- 2) その時に、何らかの副作用がありましたか？
ない ある [発疹、かゆみ、嘔吐、頭痛、その他（ ）]
- 3) 今までに喘息（鎮痛解熱剤を飲んだ場合に起こる喘息も含む）といわれたことはありますか？
ない ある（内容： ）
- 4) アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
ない ある（内容： ）
- 5) 腎臓の働きが悪い（腎不全など）といわれたことはありますか？
ない ある（内容： ）
- 6) 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？
ない ある（内容： ）

※上記の質問3～6で『はい』に該当する場合、造影出来ないことがあります。

私は上記の説明を十分理解した上で検査を受診することに同意します

年 月 日

患者様または代理人（続柄 ）

造影検査について説明をした担当医