

MRI造影検査に関する説明と同意書

今回行う造影検査は、あなたの体の状態を知るために必要な検査です。この検査に用いる造影剤は、病気の存在や性質および範囲をより詳しく調べるために使用します。

造影剤は以下のようにまれに副作用があります。

● 吐き気、くしゃみ、かゆみ、発疹などの副作用が1～2%程度みられます。時には呼吸困難、意識障害、血圧低下が、0.01%程度みられます。入院治療を必要とすることが0.05%程度あります。また非常にまれですが死亡例(100万人に1人)も報告されています。アレルギー体質、特に喘息の場合は、副作用の発生頻度が数倍高くなります。

このような副作用が起こった場合は、必要に応じ適宜処置させていただきます。

● 造影剤を注射すると体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり、すぐにおさまりますので心配ありません。

● 造影剤を注射するとき、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合注射した部分がはれて、痛みを伴うこともありますが、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。

● かゆみ・発疹・吐き気などの軽度な副作用は、まれに検査後数時間から数日中に遅れて発生することもあります。このような症状がありましたらご来院ください。

赤穂市民病院 0791 (43) 3222 (代表)

MRI 造影検査 同意書

MRI用造影剤を用いた検査の必要性・副作用などについて主治医の説明に納得し、検査を受けることに同意します。また緊急の処置が必要な場合は適宜処置を受けること同意します。

令和 年 月 日 患者さん氏名 ご署名_____

代理人(続柄) ご署名_____

説明医 署名_____

説明時同席者 署名_____

※ 造影検査を拒否される場合には以下の欄にご署名ください。

患者さんまたは、代理人(続柄)
ご署名 _____

令和元年5月