

# MRI造影検査 問診・同意書

ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 検査日 \_\_\_\_\_ 検査時間 \_\_\_\_\_

## 造影検査について

造影検査とは、血管内や脊髄腔及び関節腔などにヨード系造影剤を注射して行う検査です。

## 副作用について

軽い症状: 嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。

頻度は約100人に1人です(1%)。

重い症状: 意識消失・呼吸困難・血圧低下など生命にかかわる重篤な症状が出ることは

頻度は約1万人に1人(0.01%)。

死亡の可能性: 非常にまれで、他の一般的な薬剤と同様の割合で起こる可能性があります。

頻度は約10万人に1人(0.001%)。

造影剤は血管に静脈注射により投与しますが、ごくまれに血管外に漏れて痛みを伴う場合があります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合は処置が必要になる場合があります。

## 以下の問診にお答えください。

1. 体重を教えてください…… ( )Kg
2. 造影剤を使用した事がありますか…… なし あり
3. 造影剤を用いて副作用がでたことがありますか  
なし  
あり  
①何の検査でおこりましたか  
CT MRI 血管造影 その他( )  
②どのような症状でしたか  
じんましん 発赤 くしゃみ せき 吐き気・嘔吐  
あくび のどの違和感 むくみ 頭痛
4. 喘息はありますか…… なし あり
5. アレルギーはありますか  
なし  
あり → どのようなアレルギーですか  
アトピー アレルギー性鼻炎 食べ物( )  
薬( ) その他( )
6. 腎臓病・糖尿病・心臓病・甲状腺疾患などがありますか  
なし  
あり → どのような病気ですか  
腎臓病 甲状腺機能亢進症 糖尿病(※処方薬: )  
心臓病 高血圧 けいれん その他( )

※ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は検査前後24時間(計48時間)の服用中止が必要です。

医師の説明により、造影剤の必要性、副作用のリスクを理解したうえで造影剤を使用する事に同意しますか(同意された場合でも、いつでも撤回可能です)。

同意します 同意しません

承諾日 \_\_\_\_\_ 本人署名 \_\_\_\_\_  
または代理人署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

## 医師記入

上記患者に対して、造影剤使用における必要性及び副作用について説明しました。

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 説明医師 \_\_\_\_\_