

造影MRI検査を受けられる方へ

MRI検査当日、造影剤という薬を使用します。造影剤を使用することによりあなたの病気の状態をより正確に知ることができ、今後の治療に役立てます。造影剤を使用しなくても検査はできますが、より正確な診断を行うためには造影剤が必要です。次に、造影剤は安全な薬ですが、まれに副作用が起こることがあります。副作用として吐き気、かゆみ、発疹など軽いもの(約1%)から呼吸困難、意識障害、血圧低下など重篤なもの(約0.05%)が起こることが報告されています。また、検査の際、機械を使用して造影剤を勢いよく注入する場合があります。このために血管外へ造影剤が漏れることがあります。漏れた造影剤は時間とともに吸収されますが、漏れた量が非常に多い場合は処置を行う場合があります。また、経口造影剤にて検査された場合、薬剤の影響で便が黒くなる、歯や舌が着色(黒色など)することがあります。これらは一過性で時間と共に元に戻ります。当院ではこれらの副作用の出現に対して、万全の体制を整えて検査を行っております。造影剤注入中は放射線技師が常に観察しており、何か異常が見られた場合は検査を中止し、放射線科医師が適切な処置をいたします。もし何か異常を感じたらためらわず、すぐにおっしゃってください。造影検査前に腎機能を評価するため採血を行う場合があります。また、この結果は3ヶ月間有効とさせていただきます。

造影MRI検査の必要性と危険性をよくご理解いただいた上で検査を行います。また、安全確実に検査を行うため、下記の署名へのご記入、次頁の問診票へのご記入をお願いいたします。

尚、入院患者様はこの同意書・問診票を1入院期間中有効とさせていただきます。検査後何か変わったことがあればスタッフへお申し出ください。また、同意後の取り消しも可能ですのでお申し出ください。

造影MRI検査 同意書

大須病院 院長殿

このたび、造影MRI検査を受けることについてその必要性、内容、危険性、合併症、後遺症などについて詳細な説明を担当医師から受け、了解しましたので検査を受けることに同意します。

また、この検査を受けている間、緊急または医学上の立場から検査の変更、または緊急処置を行う必要が生じた場合は、必要なすべての処置を受けることに同意します。

問診の内容、当日の体調などから、放射線科医師の判断で造影剤の使用を中止する場合があることに同意します。

署名記入日 年 月 日

患者様 署名

検査を受ける方が未成年、意識障害等ある場合は代理人のご署名と続柄を記入してください

担当医 署名又は印

放射線科医師 署名又は印

※個人情報の取扱いに十分注意し、患者様の診療目的以外には使用致しません。

大須病院

造影MRI検査 問診票

当てはまる箇所□にシ点を入れてください。また、「ある」を選ばれた方は適した言葉を○で囲むかあるいは()の中に具体的な言葉をお書きください。

1 これまでに造影検査を受けたことがありますか。

□ない □ある(CT検査 MRI検査 尿路造影 血管造影) □わからない

2 1であると答えた方で、その時、帰宅後も含めて何か異常はありましたか。

□ない □ある (吐き気、嘔吐、かゆみ、湿疹、呼吸困難、意識消失、血圧低下、その他())

3 今までに薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか。

□ない □ある()

4 アトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎、花粉症などはありますか。

□ない □ある

5 気管支喘息と診断されたことはありますか。

□ない □ある

6 腎臓の病気や機能が悪いといわれたことはありますか。

□ない □ある

※採血による腎機能評価は採血日から3ヶ月間有効とさせていただきます。

7 狭いところが苦手、または閉所恐怖症である

□ない □ある

8 現在妊娠している、またはその可能性がありますか。

□ない □ある

9 ヘモクロマトーシスなど鉄過敏症の治療を受けている

□ない □ある

10 現在の体重を記入して下さい。 _____kg

◎授乳中の方は、造影検査後24時間は授乳を避けてください。