

# 検査同意書

## 造影MRI検査における副作用と危険性について

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

MRIで正しい診断をするためには造影剤を用いた検査が必要なことがあります。

当院では、患者さんに安心して検査を受けていただくために、担当医から十分な説明を行い、患者さんの自由意志による同意を得たうえで検査を行いたいと考えております。担当医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問されて納得され、造影検査の実施に同意される場合は本書にご署名下さい。

### ① 造影剤を使う意義

造影剤を静脈内に注入することで、腫瘍や炎症、血管性病変等の描出が向上しますので、より精度の高い診断ができます。造影剤を使用しないと正確に診断ができず、適切な治療が受けられない場合があります。

### ② 造影剤の副作用について

造影剤は多くの場合人体に無害です。しかしごくまれに副作用が見られることがあります。

軽症：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹など

治療を要さないか1-2回の投薬で回復するもの：約40人に1人以下

重症：呼吸困難、嘔声、意識障害、血圧低下、腎不全など

入院治療を要する。後遺症が残ることもあるもの：約1.9万人に1人、約83万人に1人程度で死亡

### ③ 既往がある患者さんについて

次の既往がある患者さんについては、副作用を生じる可能性が通常より高くなりますので、担当医にお申し出のうえ、よくご相談ください。

① これまでにガドリニウム造影剤を使用して、帰宅後も含めて異常があったことがある。

② 腎臓の病気や機能が悪いと言われたことがある。

喘息・アレルギー体質の方もお申し出下さい。

### ④ 妊娠中の患者さんについて

妊娠中の方には本検査は原則として行いません。

### ⑤ 造影剤の血管外漏出について

造影剤が血管外に漏れ、注射部位が腫れて痛みを伴うことがあります。

### ⑥ 万が一、副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。

なお、同意を拒否、または検査前に同意を撤回されても、診療上不利な扱いを受けることはありません。

依頼元医療機関名

依頼医ご署名

上記事項について詳細に説明を受けました。その内容について十分理解し納得しましたので大阪警察病院にて検査実施について

同意いたします

同意いたしません

西暦 年 月 日

署名欄	患者本人		氏名	①
	患者本人が 18歳未満の場合	親権者 (代理人)	氏名	②
			続柄	父・母・( )
	患者本人が 18歳以上の場合	親族	氏名	③
			続柄	夫・妻・父・母・子・( )
同席者		④	同席者	⑤

備考 この同意書は、検査当日に必ずご持参ください。

※自筆の場合は、必ずしも印を必要とはしない。