

造影 MRI 検査 同意書

以下の問診に際してご不明な点があれば、主治医、検査担当医にご相談ください。

【問診】

過去の造影剤検査の有無 (あり ・ なし ・ 不明)

造影 MRI 検査、造影 CT 検査、尿路造影検査、血管造影検査、胆嚢造影検査、四肢静脈造影検査

副作用発現の有無と症状 (あり ・ なし ・ 不明)

()年()月()の検査で

蕁麻疹・発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・めまい・動悸・不整脈・咳・くしゃみ・のどの不快感
血圧低下・腹痛・その他() がみられた。

気管支喘息の有無 (あり ・ なし)

*気管支喘息の既往のある方は、ない場合に比べて副作用が発現しやすいという報告あり。

腎機能障害の有無 (あり ・ なし :eGFR ml/min)

*eGFR 60ml/min 以下では腎性全身性線維症(NSF:nephrogenic systemic fibrosis)発症のリスクが高い。eGFR 30ml/min 以下(透析患者を含む)は造影剤禁忌。

アレルギー体質の有無 (あり ・ なし)

金属アレルギー、鉄剤アレルギー、蕁麻疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症

食物・薬剤アレルギー(食物・薬剤名:)

下記疾患の有無 (あり ・ なし)

炎症性腸疾患(クローン氏病、潰瘍性大腸炎など)、高度肝障害、重篤な心疾患

アレルギー体質の方は副作用の可能性が高くなります。その中でも気管支喘息の方や過去に造影剤の副作用のあった方は死亡につながる重篤な副作用の危険性が高く原則として造影剤の注射はできませんが、病状によっては必要な場合もあり主治医とよく相談してください。

平成 年 月 日

説明医署名

大阪府立急性期・大阪府立急性期・総合医療センター 院長 様

以上の問診の意義および検査の必要性と副作用について、十分な説明を受け、内容を理解しましたので、その実施に同意致します。

平成 年 月 日

患者署名

(代理人の場合の続柄)

※未成年者は親権者、本人が署名不可能等の場合は代理人が署名のこと

*検査時、副作用の危険性が高いと検査担当医が判断した場合には、同意されていても造影検査ができない場合があります。

