造影剤使用に関する説明と同意書

１．造影剤の使用目的・方法

今回の検査（MRI）では、造影剤を投与することにより、画像の診断能を向上させ、新たな病変を見つけたり、病変部を明瞭に描出させることにより、詳しい情報を得ることができます。

２．造影剤の副作用

造影剤は安全性の高い薬ですが、以下のような副作用を生じることがあります。

① 軽い副作用（約３％）：かゆみ、嘔気、嘔吐、じんましん　など

② 重篤な副作用（約0.03～0.18％）：呼吸困難、血圧低下などのショック症状

３．問診事項

① 現在の身長（　　）ｃｍ　体重（　　）ｋｇ

② 今までに造影検査を受けたことがありますか。　□なし　□あり

③ 「あり」の方は、副作用がありましたか。　□なし　□あり

④ 「あり」の方は、どのような症状でしたか

□かゆみ　□嘔気　□嘔吐　□じんましん　□呼吸困難　□血圧低下

□他、具体的にお書き下さい。（　　）

⑤ 何らかのアレルギーがありますか。ある方はどのようなアレルギーですか。

□なし　□あり　（　　）

⑥ 下記の病気にかかったことがありますか。また現在加療中ですか。

□喘息　□甲状腺疾患　□腎臓病　□糖尿病　□花粉症　□アレルギー性鼻炎

□アトピー性皮膚疾患　□骨髄腫　□褐色細胞腫　□マクログロブリン血症

□鉄過敏症

⑦ 直近の採血データ（採血日：　/　）　Cr　　md/dl　eGFR　　ml/分mm^2

⑧ 女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか。　□なし　□あり

副作用は、造影剤を使用した直後から出現する場合が大半です。当院では、副作用が起きても適切な処置を行える体制を整えておりますので、検査中に何らかの異常を感じましたら、すぐに声をかけて下さい。検査後数日してから、じんましん、かゆみ、嘔気等の副作用が現れることがありますが、通常は自然に回復します。症状が続く場合は、ご来院下さい。

上記につき、説明致しました。　担当医＿＿＿＿＿＿＿＿

検査に同意頂ければ、以下に署名して下さい。

年　月　日　患者署名＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿