MRI検査の造影剤使用に関するご説明と同意書

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日

最新クレアチニン値　　mg/dL　（　　年　　月　　日）

診断にあたって、情報量を増やし画像にコントラストをつけるために【造影剤】を使用することがあります。

MRI検査に用いる造影剤はGd（ガドリニウム）製剤で、静脈注射にて使用します。

Gd造影剤は基本的には安全な薬剤ですが、まれに副作用が生じることがありますので、以下の項目をお読みになった後に、ご不明な点を主治医に質問し、納得されましたら署名してください。

同意頂けない場合でも造影剤を用いないで、可能な限り正確な診断となるよう検査を施行いたします。

また喘息を有する患者様は発作を誘発する可能性がありますので造影剤の使用は原則禁忌です。

本同意書は検査日より3ヶ月間を有効とさせていただき、有効期間の同一検査については本同意書をもって検査に同意いただいていることとさせていただきます。

① 軽い副作用・・・かゆみ.発疹.発赤.悪心.嘔気
これらの発生の頻度は1000人中5人すなわち0．5%前後の頻度で起こるといわれていますが、通常は特に治療を必要とせず、検査当日でほぼ治まります。

② 重篤な副作用・・・急激な血圧低下（ショック）.意識消失.呼吸困難.喉頭浮腫
これらの発生の頻度は10万人に1人、0．001%程度とわずかですが、点滴など治療を必要とします。

③ 遅発性副作用・・・頭痛.悪心.発疹.かゆみ.吐気.蕁麻疹
検査後30分から数日で発生することがあります。その際には主治医にご相談ください。
救急外来を受診することも可能です。

④ 神経損傷のリスク
検査薬の注射の際に針が細い神経に当たることがあり、通常よりも強い痛みが生じ、しびれ感や痛みが続くことがあります。ほとんどが数日から数週間で治りますが、極めてまれ（1万～10万回に1回程度）に症状が長引き、手の動きに障害が残ることがあります。

上記事項を確認の上、Gd造影剤使用について同意の有無をお答えください。

MRI検査におけるGd造影剤使用に同意する。

はい　　**いいえ**　（どちらか〇でかこんでください）

年　　月　　日

署名（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

ご本人が署名できない場合には、ご親族などの代理人の署名をお願いします。

代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

説明医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印