



【同意書】造影MRI検査

検査実施予定日: _____ 年 月 日 時 分～

1. 造影剤は病気をより正確に診断するために用いる薬剤です。通常、腕などの静脈から投与します。
2. MRIで使われる造影剤にはガドリニウムを含んだものと、鉄を含んだものの二種類があり、検査の目的によってどちらかを選択します。
3. 造影剤を使用するにあたり、以下の方は、特に注意が必要です。必ず担当医に申し出て下さい。
(ア)造影検査で副作用が出たことのある方 (イ)喘息やアレルギーのある方 (ウ)腎臓病のある方
4. 造影剤の副作用について
危険因子が無い方でも副作用が現れる可能性があります。副作用の種類と頻度は、おおよそ以下のとおりです。
 - ① 軽い副作用:吐き気、嘔吐、じんましん、頭痛、咳、くしゃみ等
その頻度はおおよそ1～2%とされています。
また、鉄を含む造影剤では、時に腰痛や背部痛、手足のしびれなどが起こることもあります。
 - ② 重い副作用:まれにショックやアナフィラキシー様の反応(血圧低下や呼吸困難など)が生じる事があります。
その頻度は1万人に1人以下とされています。鉄を含んだ造影剤の頻度は、現在は分かっていません。
5. 副作用に対する対応について
検査の間、技師や看護師が患者様の状態を常に観察しています。具合が悪くなったときには、我慢をしないで申し出て下さい。
6. 授乳中の方へ
造影剤が乳汁中に出てくる可能性があるため、造影剤使用後は 24 時間授乳を中止する必要があります。

主治医記入欄(eGFR は 3 ヶ月以内)

- 透析:造影不可(患者基本への入力確認)
- eGFR <30:造影不可
- eGFR 30～59:腎機能低下あるが造影剤使用
- 腎機能異常なし

年 月 日 主治医サイン _____

同意書

私は上記の日時に予定されている造影 MRI 検査の目的、危険性について、担当医師より説明を受け、理解しました。その上で造影検査を行うことに同意します。(注:同意書に署名された後でも、いつでもこれを撤回することができます)

年 月 日

佐久総合病院 佐久医療センター 院長 殿

本人氏名 _____ (自署)

(検査を受ける方が署名できない場合や未成年の場合には、代理人の方の署名をお願いします。)

家族または代理人氏名 _____ (自署)

(本人との関係: _____)