

伊豆赤十字病院

造影 MRI 検査説明書・同意書

今回実施する検査は、“造影剤”という薬剤を静脈注射にて行います。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより詳細に明らかにし、今後の治療に役立てます。造影剤を使用すると、まれに次のような副作用が起きることがあります。

- 1) 軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。この副作用の起こる確率は100人につき1人（1%）以下です。
 - 2) 重い副作用：呼吸困難、意識低下、めまい、発汗、血圧低下などです。通常は治療が必要で、後遺症がのこる可能性もあるため、入院や手術が必要なこともあります。この副作用の起こる確率は1万人につき5人（0.05%）以下です。
 - 3) 非常にまれですが、病状や体質によりショック状態を引き起こし、死亡する場合があります。この確率は100万人につき1人（0.0001%）以下です。
 - 4) 遅発性の副作用：副作用のほとんどは検査後10分以内に起きますが、まれに数時間から数日後（多くは2日以内）に現れることがあります。
- ※ 当院では副作用に対しての体制を整え、検査を行っています。
検査中に異常を感じたら、ためらわずに担当者にお申し出下さい。

検査前には

検査前3時間は食事をお控えください。適量の水かお茶はかまいません。

また、造影剤を注射するときには

- 1) 注射部位が冷たく感じたり体が熱く感じることもありますが、正常な反応で心配ありません。
- 2) 注射時の圧力で注射液が血管外に漏れることもあります。この場合注射した部位が腫れて痛みを伴うこともありますが、徐々に吸収され、少量であれば処置をする必要のない場合がほとんどです。漏れた量が非常に多い場合には診察や処置が必要な場合もあり、検査後に適切に対処いたします。

検査終了後

今回の造影剤は尿として排泄されますので、水分を十分にとり下されると身体に対する負担が軽減されます。お食事は普通にとられてもかまいません。

検査後数日中に異常を感じるようであれば、当院または主治医にお申し出下さい。

以下の質問で（はい・いいえ）のどちらか一方を○で囲み、必要なところは（ ）の中に具体的に記入してください。

- 1) 腎臓の疾患や機能低下を指摘されたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 2) 数日以内にお薬を服用しましたか？ (はい ・ いいえ)
薬品名()
- 3) 喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 4) アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？ (はい ・ いいえ)
何に対するアレルギーですか？()
- 5) 現在、治療中の病気がありますか？ (はい ・ いいえ)
病名()
- 6) 今までに、造影検査を受け副作用が起きたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
どのような副作用ですか？()

クレアチニン値 _____ mg/dl 検査日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※3ヶ月以内の測定値をご記入下さい。

造影検査について説明し、適応可能であることを確認しました。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師 _____

伊豆赤十字病院長殿

私は、現在の病状と造影検査について説明を受け、質問する機会も与えられ
納得しましたので、造影剤の注射に同意します。

検査日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

承諾日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人又は代理人（続柄） _____ （署名） _____ 印

患者本人の場合、押印は不要です。

伊豆赤十字病院記入欄

同意書確認サイン	•	備考 _____
最終食事時刻	:	_____
最終水分摂取時刻	:	_____
最終排尿時刻	:	_____
造影開始時刻	:	_____
観察時刻	:	_____
皮膚の異常 (無 : 有)	体温	造影前 _____ °C 造影後 _____ °C
身体の異常 (無 : 有)	脈拍	造影前 _____ 回/分 造影後 _____ 回/分
アレルギー症状 (無 : 有)	血圧	造影前 _____ mmHg 造影後 _____ mmHg
刺入部の異常 (無 : 有)	検査後の説明チェック	_____ <input type="checkbox"/>
自覚症状 (無 : 有)	担当者サイン	_____