

造影 MR 検査を受けられる患者さまへ

造影MR I 検査とは、造影剤というお薬を血管内に注射して撮影する検査です。

造影検査では、病変の存在や形状などを詳しく写すことが出来るため、診断に大変役立ちます。

検査で使用する造影剤はガドリニウムを含んでおり、体の中に入れるとかゆみを感じたり、吐き気がするなどの副作用がまれに現れることがあります。

副作用の種類としては以下のようなものがあります。

●軽い副作用（頻度は200人に1人以下、約0.5%以下）

発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、くしゃみ、せきなど

●重い副作用（極めてまれで1万人に1人以下、約0.01%以下）

まれにショックやアナフィラキシー様反応（呼吸困難や血圧低下など）が生じることがあります。

検査中に気分が悪くなったり、体に異常を感じたらすぐに検査担当の看護師にお申し出ください。緊急呼び出しスイッチも用意しております。

なお、造影剤を使用してから数日の間に軽い副作用が現れることがあります。

身体に異常を感じましたら、いつでもご連絡・ご来院ください。

札幌道都病院では皆さまが安心して造影検査を受けられるように医師・看護師は最新の医療知識を習得し、迅速かつ適切な対応に努めております。

お気づきの点がございましたら、お気軽にお申し付けください。

医療法人社団

札幌道都病院

〒065-0017 札幌市東区北17条東14丁目3-2

造影 MR 検査を受けられる患者様の同意書

今回の検査で使う造影剤は〈ガドリウム、鉄〉を含んだ薬です。(担当医は該当する方に○をつける) 安全に検査を実施するために以下の質問にお答えください。(該当する方の□に✓を付けて下さい)

① 気管支喘息ですか？

はい いいえ

② その他のアレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか？

ある (該当する項目に○をつけてください) ない

●蕁麻疹 (じんましん) ●アレルギー性鼻炎 ●アトピー性皮膚炎

●食物アレルギー ●飲み薬・注射の副作用 ●その他 ()

③ 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？

ある (該当する項目に○をつけてください) ない

●MR ●CT ●腎臓・尿路造影 (IVP) ●血管造影 ●その他 ()

④ その時、副作用はありましたか？

ある (該当する項目に○をつけてください) ない

●蕁麻疹 (じんましん) ●吐き気 ●咳 ●くしゃみ ●その他 ()

⑤ 家族の方に上記のようなこと (アレルギーや造影剤の副作用) がありましたか？

ある ない わからない

⑥ 女性の患者様にお尋ねいたします。

妊娠していますか？ はい いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

_____年 _____月 _____日

担当医: _____

札幌道都病院 病院長

私は上記について十分な説明を受け、この説明により予定されている造影 MR 検査について理解できましたので、造影検査を実施することに同意します。

(なお、この同意書は繰り返し検査を要する場合があるため、1年間有効とさせていただきます。)

_____年 _____月 _____日

患者氏名 _____ ⑩ (自署の場合は印鑑不要)

保証人 _____ ⑩ (自署の場合は印鑑不要)