

MR 造影剤を用いた検査を受けられる方へ

国立病院機構 京都医療センター

今回実施する検査では、“造影剤”という薬剤を注射して行います。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に診断し、治療に役立てることができます。

造影剤は安全な薬ですが、まれに副作用が起こることがあるため、以下の記載事項をご確認ください。

【副作用について】

※造影剤を注入すると、体が熱くなることがあります。これは造影剤の刺激であり心配はありません。

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。

このような副作用の起こる確率は、約100人につき1人程度（1%程度）です。

2) 重い副作用

呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症がのこる可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は、約1万人につき1人以下（0.01%以下）です。

病状・体質によっては約100万人につき1人の割合（0.0001%）で、死亡する場合があります。

【血管外漏出】

血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収され心配することはありません。ただ、もれた量が多い場合には、別の処置が必要となることもあります。このようなことは非常にまれです。

造影剤を使用しなくても検査は行えますが、正確な診断が出来ない場合があります。当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。検査中もし変だと感じたら、ためらわず、すぐにおっしゃってください。

ID 番号

氏名

生年月日

性別

造影 MRI 同意書

独立行政法人

国立病院機構 京都医療センター

京都医療センター院長 殿

診療科長 殿

このたび、私は診療行為を受けるにあたって、担当医師から以下の内容について説明を受けました。

- 現在の病名・病状と予後について
- 検査方法の目的、内容、効果、危険性について
- 提示した方法以外に選択肢として可能な検査方法、有効性および危険性
- 検査内容に応じて守っていただきたいこと

その上で、以下に記載されます診療行為を受けることに

 同意します。 同意しません。

診療行為(検査等)

検査予定日

説明日時

貴院の名称

医師名

印

署名日

年

月

日

本人署名

氏名

印

家族署名

氏名

印

(患者が未成年等の場合)

患者との続柄()

* 直筆の署名がある場合、印鑑は不要