

MRI用ガドリニウム造影剤使用に関する説明、同意書

様

西暦 年 月 日 時 分 以下のとおり説明いたしました。

紹介元医療機関： _____ 医師(署名) _____ 印

同席者・確認者(署名) _____

【造影剤使用理由についての説明】

造影検査とは、画像診断をする際に、必要に応じて情報量を増やすために「ガドリニウム造影剤」という薬剤を用いて行う検査です。造影剤を使用すると、臓器などをより明瞭に抽出することができます。

【副作用の症状や危険性についての説明】

造影剤は、安全な薬剤ですが、その使用によりまれに副作用が出現することがあります。副作用の種類には、次のようなものがあります。

1 軽い副作用：嘔吐、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹など

このような副作用が出現する頻度は、1%程度とされています。これらの副作用は、治療を必要としないか、注射、投薬などの簡単な処置により回復します。

2 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下など

このような副作用が出現する頻度は、0.02%程度とされています。これらの副作用は、通常では治療が必要となり、後遺症が残る可能性もあります。病状・体質によっては、副作用による死亡の報告例もありますが、その程度は、100万人に1人の割合で非常にまれなものです。

3 検査によっては、勢いよく造影剤を注入するために血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部分がはれて、痛みを伴うことがあります。通常は時間がたてば吸収されて問題はありませんが、きわめてまれに特別な処置が必要となることがあります。

4 以前、造影剤で具合が悪くなったことのある方、喘息、アレルギー体質の方、腎臓に病気がある方は、副作用が特に強く出現する場合がありますので、原則的に造影剤は投与できません。必ず主治医にその旨を申し出てください。

- 検査中、何か異常を感じましたら、すぐに申し出てください。
- その他わからないことや気になることがあれば、検査担当者にお尋ねください。
- 帰宅後に副作用と思われる症状があらわれた場合は、時間内は受診科、時間外・休日の場合は、救急外来が対応します（連絡先：公立豊岡病院 0796-22-6111）

※ 医師の説明に対して十分ご理解いただけたなら、以下の同意書に署名願います。

上記の造影検査の目的、危険性について十分な説明を受け、様々な副作用が起こりうることを理解しました。危険性を考慮した結果、

造影検査を受けることに同意します。

また、副作用がみられた時には、必要な処置を受けることを承諾します。

造影検査を受けることには、同意しません。

西暦 年 月 日

公立豊岡病院長 様

患者氏名(署名) _____

親族または代理人(署名) _____ 続柄 ()

同席者(署名) _____ 続柄 ()

(同意書をいただいた後でも検査までは同意を撤回できます。いつでもお申し出ください。)