

造影CT/MRI検査説明 同意書

説明日時 : 平成 年 月 日

説明医師 : _____

【目的と方法】

造影CT検査は、ヨード系造影剤を静脈注射しながら、X線とコンピュータを使用して体内の様子を画像化する検査です。

造影MRI検査は、ガドリニウム造影剤を静脈注射しながら、磁気と電磁波を使用して行う検査です。

造影剤は病気の有無や性質・範囲などをより詳しく評価するために用いられます。

【起こりうる副作用】

造影剤は基本的には安全な薬剤とされていますが、ごくまれに下記のような副作用が生じることが知られています。

軽い副作用

吐き気、動悸、かゆみ、くしゃみ、発疹（検査後数時間から数日後に現れることもあります）、発赤（通常は特に治療を必要としません。）

重篤な副作用

血圧低下（ショック）、息苦しさ、意識消失、腎不全などが生ずる可能性があります。他の通常の薬剤と同じように10万人～40万人に1人の割合で死亡の報告があるとされていますが、当院では死亡例はありません。

造影剤を血管内に注入する際、血管の外に造影剤が漏れ出すことがあり、これによって注射部位の腫れ、痛み、内出血を伴うことがあります。

（通常は時間が経てば自然に吸収されるので心配はありません。）

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っております。

少しでも違和感があれば、ためらわず、すぐにおっしゃって下さい。

上記につきまして了解頂けましたら同意書にご署名下さい。

同意された場合でもいつでも撤回することができます。

造影CT/MRI検査 同意書

医療法人愛祥会 愛記念病院 病院長殿

私は、造影CT/MRI検査を受けるにあたり、検査の目的や方法、起こりうる副作用について十分理解した上で、造影CT/MRI検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日

患者署名 : _____

代理人署名 : _____ (続柄 _____)