

## MRI用造影剤についての説明書

医院名

患者氏名 ( ) 男・女

生年月日 年 月 日 ( 歳)

### 1.造影剤について

MRI用造影剤は、MRI検査の時に使用する薬です。

造影剤を使用することにより、病気の有無やその性質、範囲、状態をより正確に評価することが可能となり、今後の病気の治療に役立ちます。造影剤を使用しない場合でも検査は行えますが、診断能が低下する可能性がありますのでご了承ください。

### 2.造影剤の副作用について

造影剤の副作用は、次のようなものです。

<0.1～5%未満>

肝機能障害、悪心、等

<0.1%未満>

発疹、発赤、かゆみ、顔面潮紅、頭痛、めまい、呼吸困難、嘔気、嘔吐、  
死亡(約83万例に1例：0.00012%)等

<頻度不明>

血圧低下、血圧上昇、ショック、アナフィラキシー様症状、痙攣発作、等

<遅発性副作用>

腎性全身性線維症、等

投与後約30分～数日後に、上記副作用が出現した場合は病院へお知らせ下さい。

TEL：054-336-1111(担当外来または救急センター)

### 3.造影剤副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用をおこすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

### 4.その他

- ・希に造影剤が血管外に漏れて痛みを伴う場合があります。漏れた造影剤は時間がたてば吸収されますが、漏れた量が多い場合は、別の処置が必要になることもあります。
- ・造影剤投与後24時間は授乳を避けてください。(腎機能が正常な場合に限る。)
- ・副作用が発生した場合は、一時的な症状でも次回診察の際に主治医にお話ください。

### 5.同意書の撤回について

同意書は検査施行前ならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

\*以上の説明を読み、造影剤検査同意書に記入して下さい。

静岡市立清水病院

# 造影検査同意書

記入日： 年 月 日

医院名

患者氏名 ( ) 男・女

生年月日 年 月 日 ( 歳)

静岡市立清水病院 病院長殿

私は造影剤使用について説明を受け、その必要性及び副作用について理解しました。

造影剤検査を行うことに**同意します**。

造影剤検査を行うことに**同意しません**。

(\*造影剤を使用しない場合の検査精度の低下等の不利益を了承し病院の責任を問いません。)

検査予定日 年 月 日 時 分

検査名 CT 腎尿路系 胆道系 関節・脊髄造影 血管撮影 子宮卵管  
MRI その他( )

患者様氏名： (性別： )

\*患者様氏名は代理人又は後見人署名の場合も記入

代理人又は後見人氏名： (続柄： )

\*同意書は検査施行前ならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

医師署名：

静岡市立清水病院 TEL：054-336-1111