**【同意書】造影ＭＲＩ検査**

書類

種別 別

**検査実施予定日：　　　年　　　月　　　日 　　　時　　　分～**

**１**．造影剤は病気をより正確に診断するために用いる薬剤です。通常、腕などの静脈から投与します。

**２**．ＭＲＩで使われる造影剤にはガドリニウムを含んだものと、鉄を含んだものの二種類があり、検査の目的によってどちらかを選択します。

**３**．造影剤を使用するにあたり、以下の方は、特に注意が必要ですので必ず担当医に申し出て下さい。

(ア)造影検査で副作用が出たことのある方　　(イ)喘息やアレルギーのある方　　(ウ)腎臓病のある方

**４．** 造影剤の副作用について

危険因子が無い方でも副作用が現れる可能性があります。副作用の種類と頻度は、おおよそ以下のとおりです。

1. 軽い副作用：吐き気、嘔吐、じんましん、頭痛、咳、くしゃみ等

その頻度はおおよそ１～２％とされています。

また、鉄を含む造影剤では、　時に腰痛や背部痛、手足のしびれなどが起こることもあります。

1. 重い副作用：まれにショックやアナフィラキシー様の反応（血圧低下や呼吸困難など）が生じる事があります。

その頻度は１万人に１人以下とされています。鉄を含んだ造影剤の頻度は、現在は分かっていません。

**５**．副作用に対する対応について

検査の間、技師や看護師が患者様の状態を常に観察しています。具合が悪くなったときには、我慢をしないで申し出て下さい。

**６**．授乳中の方へ

造影剤が乳汁中に出てくる可能性があるため、造影剤使用後は48時間授乳を中止する必要があります。

主治医記入欄（eGFRは3ヶ月以内）

□　透析：造影不可（患者基本への入力確認）

□　eGFR ＜30：造影不可

□　eGFR　30～59：腎機能低下あるが造影剤使用

□　腎機能異常なし

年　　　月　　　日　主治医サイン

**同　意　書**

私は上記の日時に予定されている造影MRI検査の目的、危険性について、担当医師より説明を受け、理解しました。その上で造影検査を行うことに同意します。（注：同意書に署名された後でも、いつでもこれを撤回することはできます）

年　　　月　　　日

佐久総合病院　佐久医療センター院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　本 人 氏 名　 　　　　(自署)

（検査を受ける方が署名できない場合や未成年の場合には、代理人の方の署名をお願いします。）

家族または代理人氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　(自署)

（本人との関係：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）