

■MRI造影検査問診票

重篤な副作用を避けるため、以下の質問にお答えください。

1. 造影剤を使用した検査で気分が悪くなったことはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
2. 食べ物やお薬等でアレルギー症状が出たことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
3. 喘息やアレルギーはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
4. 腎疾患、心疾患、糖尿病はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

造影剤の危険性について

- ・造影剤の使用により、ときに重篤な副作用（ショックやアナフィラキシー）が出現することがあり、非常に低い確率ですが、死亡例（100万人に1人）も報告されています。
- ・軽い発疹や吐き気等は、1,000人中数名の割合で起こることがあります。
- ・副作用と思われる症状が発現した場合、速やかに主治医にご連絡ください。

MRI造影検査 同意書

私はMRI造影剤に関して、その必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しました。

MRI造影剤の血管内注射に同意します。

また、万が一副作用が現れた場合には、必要な処置を受けることを承諾します。

20 年 月 日 本人署名 _____.

家族等、代理人 署名 _____（続柄： _____）

主治医（担当医）署名 _____.

【医師記載欄】

- ☐ 同意書を得る時間的・状況的余裕がなく（緊急の状態を含む）、上記の同意書・問診を省略しました。

20 年 月 日 担当医： _____.