

造影MRI線検査を受けられる患者様への説明及び同意書

1. 造影MRI検査とは

造影MRI検査とは、ガドリニウムを含んだ薬を血管内に注射して行うMRI検査で病変の存在や性状などが詳しく摘出され、診断に大変に役立ちます。

2. 検査前の食事制限について

検査の直前の食事は控えてください。(午前の検査では朝食、午後の検査では昼食を抜いてください。) 飲み物は、水またはお茶は構いません。

3. 造影剤の副作用

検査に際し、その時点での症状や以前にかかった病気、体調などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中または検査後しばらくしてから下記のような副作用症状が起きることがあります。

軽い副作用(頻度は、約1~2%以下)

吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、かゆみ、手足のむくみ、発熱、せき など

重い副作用(極めてまれで1万人に1人以下)

ショックやアナフィラキシー様症状(たとえば呼吸困難や血圧低下など)が生じることがあります。

また非常にまれですが(40万人1人以下)他の薬剤同様、病状、体質によっては死亡例も報告例があります。

検査後、数時間から数日後に上記のような副作用症状が現れることがまれにあります。この場合、直ちに病院(03-3850-8711)までご連絡ください。万が一副作用が生じた場合は、直ちに適切な処置をとらせていただきます。また、重度な場合は入院治療が必要となる場合があります。また、以下の既往がある場合は造影剤の副作用が生じる可能性が高くなることもあり、造影検査を行わないことがありますので必ず下記の間診表に記載をお願いします。

4. 造影剤の血管外漏出について

検査によっては、自動注入機を使用して急速に血管内に注射する検査となります。正常に針が留置されていてもまれに(2%程度)造影剤が血管の外に漏れ、痛みや腫れが伴う事があり、処置が必要となることがあります。

5. 問診欄

この問診欄は検査を安全に正確に行うためのものです。出来る限り正確に記入をお願いします。

今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか?

なし あり(CT・MRI・尿路検査・胆のう検査・())

そのとき、何か副作用はありましたか? なし あり 吐気・発疹・その他()

アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか?

なし あり ぜんそく・じんましん・アトピー・アレルギー性鼻炎・花粉症・()

飲み薬・注射の副作用()

食べ物によるアレルギー()

腎臓の機能が悪いといわれたことがありますか? なし あり

<<医師記載欄>>

血清クレアチニン _____ mg/dl (月 日測定) 3か月以内のデータ

eGFR(推定糸球体ろ過値) _____ ml/min (早見表参照) 50ml/min 以下は造影検査不可

*クレアチニン値がない場合 造影出来ない場合があります。

また、当院で胃機能検査を行う場合、時間がかかり大変お待ちする事があります。

*造影剤アレルギー(ヨードアレルギー)、ぜんそく、eGFRが50以下の場合には造影検査はできません。

<<説明医師>>

依頼元施設 _____ 医師(署名) _____ 平成 年 月 日

以上の説明をご理解頂いた上で、下記の造影検査同意書のご署名をお願いします。同意書に記入された後でも、いつ、造影検査を拒否されてもかまいません。なお、ご不明な点は担当医師、看護師、放射線技師にお尋ねください。

造影検査同意書

私は担当医師から造影検査の目的、危険性について十分な説明を受け、上記説明文を読み、様々な副作用が起こりうることを理解しました。診断のための必要性和危険性を考慮したうえで造影検査(平成 年 月 日予定)を受けることに同意します。また 副作用が見られた時には必要な処置を受けることを承諾いたします。

等潤病院 院長殿

本人・代理人(患者様との間柄: _____)

氏名 _____

平成 年 月 日

造影MRI線検査を受けられる患者様への説明及び同意書

1. 造影MRI検査とは

造影MRI検査とは、ガドリニウムを含んだ薬を血管内に注射して行うMRI検査で病変の存在や性状などが詳しく摘出され、診断に大変に役立ちます。

2. 検査前の食事制限について

検査の直前の食事は控えてください。(午前の検査では朝食、午後の検査では昼食を抜いてください。)
飲み物は、水またはお茶は構いません。

3. 造影剤の副作用

検査に際し、その時点での症状や以前にかかった病気、体調などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中または検査後しばらくしてから下記のような副作用症状が起きることがあります。

軽い副作用(頻度は、約1～2%以下)

吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、かゆみ、手足のむくみ、発熱、せき など

重い副作用(極めてまれで1万人に1人以下)

ショックやアナフィラキシー様症状(たとえば呼吸困難や血圧低下など)が生じることがあります。

また非常にまれですが(40万人1人以下)他の薬剤同様、病状、体質によっては死亡例も報告例があります。

検査後、数時間から数日後に上記のような副作用症状が現れることがまれにあります。この場合、直ちに病院(03-3850-8711)までご連絡ください。万が一副作用が生じた場合は、直ちに適切な処置をとらせていただきます。また、重度な場合は入院治療が必要となる場合があります。また、以下の既往がある場合は造影剤の副作用が生じる可能性が高くなることもあり、造影検査を行わないことがありますので必ず下記の間診表に記載をお願いします。

4. 造影剤の血管外漏出について

検査によっては、自動注入機を使用して急速に血管内に注射する検査となります。正常に針が留置されていてもまれに(2%程度)造影剤が血管の外に漏れ、痛みや腫れが伴う事があり、処置が必要となることがあります。

5. 問診欄

この問診欄は検査を安全に正確に行うためのものです。出来る限り正確に記入をお願いします。

今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか?

なし あり(CT・MRI・尿路検査・胆のう検査・())

そのとき、何か副作用はありましたか? なし あり 吐気・発疹・その他()

アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか?

なし あり ぜんそく・じんましん・アトピー・アレルギー性鼻炎・花粉症・()

飲み薬・注射の副作用()

食べ物によるアレルギー()

腎臓の機能が悪いといわれたことがありますか? なし あり

<<医師記載欄>>

血清クレアチニン _____ mg/dl (月 日測定) 3か月以内のデータ

eGFR(推定糸球体ろ過値) _____ ml/min (早見表参照) 50ml/min 以下は造影検査不可

*クレアチニン値がない場合 造影出来ない場合があります。

また、当院で胃機能検査を行う場合、時間がかかり大変お待ちする事があります。

*造影剤アレルギー(ヨードアレルギー)、ぜんそく、eGFRが50以下の場合には造影検査はできません。

<<説明医師>>

依頼元施設

医師(署名)

平成 年 月 日

以上の説明をご理解頂いた上で、下記の造影検査同意書のご署名をお願いします。同意書に記入された後でも、いつ、造影検査を拒否されてもかまいません。なお、ご不明な点は担当医師、看護師、放射線技師にお尋ねください。

造影検査同意書

私は担当医師から造影検査の目的、危険性について十分な説明を受け、上記説明文を読み、様々な副作用が起こりうることを理解しました。診断のための必要性和危険性を考慮したうえで造影検査(平成 年 月 日予定)を受けることに同意します。また 副作用が見られた時には必要な処置を受けることを承諾いたします。

等潤病院 院長殿

本人・代理人(患者様との間柄:)

氏名

平成 年 月 日

造影MRI線検査を受けられる患者様への説明及び同意書

1. 造影MRI検査とは

造影MRI検査とは、ガドリニウムを含んだ薬を血管内に注射して行うMRI検査で病変の存在や性状などが詳しく摘出され、診断に大変に役立ちます。

2. 検査前の食事制限について

検査の直前の食事は控えてください。(午前の検査では朝食、午後の検査では昼食を抜いてください。) 飲み物は、水またはお茶は構いません。

3. 造影剤の副作用

検査に際し、その時点での症状や以前にかかった病気、体調などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中または検査後しばらくしてから下記のような副作用症状が起きることがあります。

軽い副作用(頻度は、約1~2%以下)

吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、かゆみ、手足のむくみ、発熱、せき など

重い副作用(極めてまれで1万人に1人以下)

ショックやアナフィラキシー様症状(たとえば呼吸困難や血圧低下など)が生じることがあります。

また非常にまれですが(40万人1人以下)他の薬剤同様、病状、体質によっては死亡例も報告例があります。

検査後、数時間から数日後に上記のような副作用症状が現れることがまれにあります。この場合、直ちに病院(03-3850-8711)までご連絡ください。万が一副作用が生じた場合は、直ちに適切な処置をとらせていただきます。また、重度な場合は入院治療が必要となる場合があります。また、以下の既往がある場合は造影剤の副作用が生じる可能性が高くなることもあり、造影検査を行わないことがありますので必ず下記の間診表に記載をお願いします。

4. 造影剤の血管外漏出について

検査によっては、自動注入機を使用して急速に血管内に注射する検査となります。正常に針が留置されていてもまれに(2%程度)造影剤が血管の外に漏れ、痛みや腫れが伴う事があり、処置が必要となることがあります。

5. 問診欄

この問診欄は検査を安全に正確に行うためのものです。出来る限り正確に記入をお願いします。

今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか?

なし あり(CT・MRI・尿路検査・胆のう検査・())

そのとき、何か副作用はありましたか? なし あり 吐気・発疹・その他()

アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか?

なし あり ぜんそく・じんましん・アトピー・アレルギー性鼻炎・花粉症・()

飲み薬・注射の副作用()

食べ物によるアレルギー()

腎臓の機能が悪いといわれたことがありますか? なし あり

<<医師記載欄>>

血清クレアチニン _____ mg/dl (月 日測定) 3か月以内のデータ

eGFR(推定糸球体ろ過値) _____ ml/min (早見表参照) 50ml/min 以下は造影検査不可

*クレアチニン値がない場合 造影出来ない場合があります。

また、当院で胃機能検査を行う場合、時間がかかり大変お待ちする事があります。

*造影剤アレルギー(ヨードアレルギー)、ぜんそく、eGFRが50以下の場合には造影検査はできません。

<<説明医師>>

依頼元施設 _____ 医師(署名) _____ 平成 年 月 日

以上の説明をご理解頂いた上で、下記の造影検査同意書のご署名をお願いします。同意書に記入された後でも、いつ、造影検査を拒否されてもかまいません。なお、ご不明な点は担当医師、看護師、放射線技師にお尋ねください。

造影検査同意書

私は担当医師から造影検査の目的、危険性について十分な説明を受け、上記説明文を読み、様々な副作用が起こりうることを理解しました。診断のための必要性和危険性を考慮したうえで造影検査(平成 年 月 日予定)を受けることに同意します。また 副作用が見られた時には必要な処置を受けることを承諾いたします。

等潤病院 院長殿

本人・代理人(患者様との間柄: _____)

氏名 _____

平成 年 月 日