

氏名

様 (歳) 生年月日

性別

MRI用造影剤同意書 1/2

MRI用造影剤問診票

造影剤を使用した検査の安全性を高めるために下記の質問にお答えください。

1. これまで造影剤を使用してMRI検査を受けたことはありますか。	あり	なし
2. 造影剤を使用した際、何か異常はありましたか。 (例:吐き気、かゆみ、湿疹、呼吸困難、血圧低下、意識消失、その他)	あり	なし
3. 気管支喘息と診断されたことはありますか。 (例:現在治療中または症状がある、幼少時のみ症状があった、など)	あり	なし
4. 薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか。	あり	なし
5. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか	あり	なし

クレアチニン値 :	(採血日:)	※ <u>直近の数値の記入をお願いします</u>
e-GFR値 :		

※ 上記2から5の項目に対して検査前処置を行いますか。ありの場合指示内容の記載をお願いします。		
あり	指示内容 ()	なし

前処置実施状況 <input type="checkbox"/> 済	(太枠内はスタッフ記載のため患者様のチェックは不要です)
------------------------------------	------------------------------

検査予定日: 月 日 曜日

重要

造影検査前、当日の飲水・食事について

- ・MRCP検査の前は絶飲食が必要です。その他の検査での食事は検査依頼医師の指示に従ってください。
- ・水分(水、お茶、スポーツドリンク、ジュース等)は特に飲水制限が無ければ、普通に飲まれて結構です。
- ・服用中のお薬は、特に検査依頼医師より指示がない限り、通常通り服用してください。
- ・造影剤は尿として体の外に出ていきます。検査後はいつもより多めに水分を摂取して下さい。
- ・授乳中の方へ:造影剤使用後の授乳によるお子様への影響は非常に小さいとされ、特に理由のない限り授乳制限はありません。

(スタッフ記載)



当日最終食事 ()時頃

体重 ()Kg

問診日と内容の変更ないか確認 チェック欄

氏名

様 (歳) 生年月日

性別

MRI用造影剤同意書 2/2

MRI用造影剤を用いた検査に関する説明及び同意書

今回の検査では造影剤という薬を使用します。下記の内容を十分に理解され納得されたうえで同意書に御署名をお願いします。造影剤を使用しないのは、同意後に使用中止も可能です。

1.MRI用造影剤について

診断や病状評価のため、造影剤を血管内へ注入し血管や血流が強調された画像を作成します。病気によっては造影剤を使用しないと診断や病状評価ができないことがあります。通常ガドリニウム製剤を用いますが、肝臓の検査ではまれに鉄製剤を用いることがあります。

2.MRI用造影剤の危険性(副作用)

基本的に安全性の高い薬剤ですが、下記のような副作用もあります。副作用は、前回の検査時にみられなくても今回の検査で出現することもあり、発生を完全には予測出来ません。勿論、主治医が副作用の危険が高いと判断した場合は使用しません。

副作用のほとんどは、即時型で、以下のようなものがみられます

- ・吐き気、熱感、蕁麻疹など(100人に1人以下:1%以下)
 - ・呼吸困難、意識障害、血圧低下など(1万人に1人以下)
 - ・死亡例は極めて稀で、83万人に1人との報告があります。
- * 造影剤による反応が出現した場合、迅速に処置を行えるような体制を整えております。

まれに以下のような遅発性の反応が起こることがあります。

造影剤投与開始より1時間～数日後に発熱、発疹、悪心等が出ることもあり、きわめて稀ですが、血圧低下や呼吸困難などの症状も報告されています。検査終了後に体調不良が出現した場合は福岡和白病院または検査依頼医師に詳細をお伝えください。

その他、まれにですが血管外に造影剤が一部漏れ、腫れや痛みを生じることがあります。通常は自然に吸収されますが、症状により処置が必要となる場合もあります。

3.MRI造影剤の副作用発生のリスクおよび禁忌

- 過去に造影剤アレルギーの既往や気管支喘息があった場合、副作用の頻度が2～9倍になると言われています。当院では過去に発生した造影剤アレルギーの症状が中等度以上の場合や症状がコントロールされていない気管支喘息の方には造影剤を禁忌(使用しない)としています。
- 重症腎機能障害 $e\text{-GFR}<30$ (透析中も含む)の方へのガドリニウム投与は重篤な疾患である腎性全身性線維症のリスクがあるため使用できません。
- 妊娠中への投与は安全性が確立していないため、原則として使用しません。
- 鉄製剤を用いる場合、鉄剤への過敏症がある方は使用できません。

上記の説明について同意されれば、ご本人または代理人のご署名をお願いします。同意された場合でも、いつでも撤回することができます。ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談下さい。

造影剤投与に関する同意書

造影剤を使用する目的、必要性、副作用について検査依頼医師より説明を受け理解しました。また、通常より副作用のリスクが高い場合、検査による有益性がリスクを上回るのと検査依頼医師の判断に基づいて実施することもある点も理解しました。つきましては、造影剤を使用した検査を行うことに同意します。

説明日 年 月 日 医療機関名

同意日 年 月 日 検査依頼医師署名

患者(家族)署名

(続柄)

* 患者が未成年の場合や承諾能力がない場合には、同意者のみで署名することも可。

確認日 年 月 日 福岡和白病院 確認医師

MRI用造影剤問診票

造影剤を使用した検査の安全性を高めるために下記の質問にお答えください。

1. これまで造影剤を使用してMRI検査を受けたことはありますか。
2. 造影剤を使用した際、何か異常はありましたか。 (例: 吐き気、かゆみ、湿疹、呼吸困難、血圧低下、意識消失、その他)
3. 気管支喘息と診断されたことはありますか。 (例: 現在治療中または症状がある、幼少時のみ症状があった、など)
4. 薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか。
5. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか

クレアチニン値	:	(採血日:)
e-GFR値	:	

検査予定日: 月 日 曜日

当日食事は 時までに
お済ませください。

重要

造影検査前、当日の飲水・食事について

- ・**MRCP検査の前は絶飲食が必要**です。その他の検査での食事は検査依頼医師の指示に従ってください。
- ・水分(水、お茶、スポーツドリンク、ジュース等)は特に飲水制限が無ければ、普通に飲まれて結構です。
- ・服用中のお薬は、特に検査依頼医師より指示がない限り、通常通り服用してください。
- ・造影剤は尿として体の外に出ていきます。検査後はいつもより多めに水分を摂取して下さい。
- ・授乳中の方へ: 造影剤使用後の授乳によるお子様への影響は非常に小さいとされ、特に理由のない限り授乳制限はありません。

MRI用造影剤を用いた検査に関する説明及び同意書

今回の検査では造影剤という薬を使用します。下記の内容を十分に理解され納得されたうえで同意書に御署名をお願いします。造影剤を使用しないのは、同意後に使用中止も可能です。

1.MRI用造影剤について

診断や病状評価のため、造影剤を血管内へ注入し血管や血流が強調された画像を作成します。病気によっては造影剤を使用しないと診断や病状評価ができないことがあります。通常ガドリニウム製剤を用いますが、肝臓の検査ではまれに鉄製剤を用いることがあります。

2.MRI用造影剤の危険性(副作用)

基本的に安全性の高い薬剤ですが、下記のような副作用もあります。副作用は、前回の検査時にみられなくても今回の検査で出現することもあり、発生を完全には予測出来ません。勿論、主治医が副作用の危険が高いと判断した場合は使用しません。

副作用のほとんどは、即時型で、以下のようなものがみられます

- ・吐き気、熱感、蕁麻疹など(100人に1人以下:1%以下)
 - ・呼吸困難、意識障害、血圧低下など(1万人に1人以下)
 - ・死亡例は極めて稀で、83万人に1人と報告があります。
- * 造影剤による反応が出現した場合、迅速に処置を行えるような体制を整えております。

まれに以下のような遅発性の反応が起こることがあります。

造影剤投与開始より1時間～数日後に発熱、発疹、悪心等が出ることもあり、きわめて稀ですが、血圧低下や呼吸困難などの症状も報告されています。検査終了後に体調不良が出現した場合は福岡和白病院または検査依頼医師に詳細をお伝えください。

その他、まれにですが血管外に造影剤が一部漏れ、腫れや痛みを生じることがあります。通常は自然に吸収されますが、症状により処置が必要となる場合もあります。

3.MRI造影剤の副作用発生リスクおよび禁忌

- 過去に造影剤アレルギーの既往や気管支喘息があった場合、副作用の頻度が2～9倍になると言われています。当院では過去に発生した造影剤アレルギーの症状が中等度以上の場合や症状がコントロールされていない気管支喘息の方には造影剤を禁忌(使用しない)としています。
- 重症腎機能障害e-GFR<30(透析中も含む)の方へのガドリニウム投与は重篤な疾患である腎性全身性線維症のリスクがあるため使用できません。
- 妊娠中への投与は安全性が確立していないため、原則として使用しません。
- 鉄製剤を用いる場合、鉄剤への過敏症がある方は使用できません。

上記の説明について同意されれば、ご本人または代理人のご署名をお願いします。同意された場合でも、いつでも撤回することができます。ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談下さい。

造影剤投与に関する同意書

造影剤を使用する目的、必要性、副作用について検査依頼医師より説明を受け理解しました。

また、通常より副作用のリスクが高い場合、検査による有益性がリスクを上回るとの検査依頼医師の判断に基づいて実施することもある点も理解しました。

つきましては、造影剤を使用した検査を行うことに同意します。

* 患者が未成年の場合や承諾能力がない場合には、同意者のみで署名することも可。