③造影 MRI 検査に関する説明および同意書(当日、必ず持参してください)

重要確認事項

★ 過去に MRI 造影剤にて、副作用が出た事のある方は検査ができない場合があります。

★ 気管支喘息、腎臓の病気などのある方は検査ができない場合があります。

（上記に該当する場合、副作用発現率が高くなるリスクがあります）

□ **検査の予定年月日**： 令和 年 月 日( ) 時 分

□ **この検査を行う理由**

□ **この検査の具体的内容**

体の臓器や病変をより鮮明に映し出す為の薬剤（造影剤）を血管内に注射し、MRI 撮影を行う検査です。通常は苦痛の無い検査です。検査時間は約３０分程度かかります。

□ **この検査により予測される危険性**

＜**急性期の副作用**＞

軽度；これらの多くは一時的なものです

吐き気、嘔吐、蕁麻疹、発疹、手足のむくみ、頭痛、かゆみ、めまい、咳

重度；確率は 0.1%以下です

ショック、呼吸困難、腎性全身性線維症

＜**遅発性の副作用**＞

まれに検査後数時間経ってから発疹などの症状がでることがあります。

＜**造影剤の血管外漏出**＞

造影剤を急速に注入する事により、まれに血管外に漏れ、痛みや腫れを起こす事があります。

□ **この検査にかわる検査の有無およびその内容とこの検査と比較しての利点・欠点**

□ **この検査を行わない場合の不利益**

□ **注意事項**

基本的に飲食の制限はありません。

ただし、医師の指示により飲食の制限があった場合のみ検査３時間前より食事等は摂らないようにしてください。

薬の服用も医師の指示がない限り、ふだん通り服用してください。

＊この検査に代わる方法の有無・その内容・利点・欠点・また、検査を行わない場合の不利益及び上記事項について口頭および文書にて説明いたしました。

令和 年 月 日 伊東市民病院＿＿＿＿＿＿＿＿科

医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿立会看護師署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者同意書 ： 最終的な決定権はあなたにあります。

私は上記、検査について説明を受け、内容を理解したので検査を受ける事に

□同意します □同意しません

令和 年 月 日

患者又は代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿代理人続柄＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号（緊急時連絡先）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿