MR造影検査に関する問診及び承諾書

検査日 月　日　曜日　　**様**

検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。 又、下記の注意事項をお読み下さい。

①今までに、薬を飲んだり、注射をして気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか。
（ 有 ・ 無 ）

②気管支ぜんそく、と言われたことがありますか。
（ 有 ・ 無 ）

③アレルギー体質と言われたことがありますか。
（ 有 ・ 無 ）

④不整脈など心臓が悪いといわれたことがありますか。
（ 有 ・ 無 ）

⑤今までに血管に造影剤等の注射をした後、レントゲン写真をとるような検査を受けたことがありますか。
（ 有 ・ 無 ）

（ 有 ）と答えた方は次の質問にお答えください。

1、気分がわるくなりましたか。　（ 有 ・ 無 ）

2、発疹がでましたか。　（ 有 ・ 無 ）

3、その他、体の具合が悪くなりましたか。　（ 有 ・ 無 ）

その時の使用造影剤の名称（　　、 不明 ）

⑥人工透析をされていますか。また腎臓のはたらきが悪いと言われたことはありますか。
（ 有 ・ 無 ）

■腎機能　e-GFR値　　or　血清クレアチニン値

主治医sign　　1、いつも通り造影　2、主治医立会いで造影　3、CVポートより造影（医師立会い）

※造影剤を注射して行う造影検査では、造影剤アレルギーに伴う副作用が報告されています。副作用の内容は、

・軽症・・・・100人に3人程度。熱感、嘔気、嘔吐、くしゃみ、蕁麻疹などで通常経過観察だけで大丈夫です。
・中等症・・10、000人に4人程度。血圧低下、呼吸困難などで何らかの治療が必要となります。
・重症・・・・100,000人に4人程度。心停止を含む重篤な合併症で入院治療が必要となります。
・死亡・・・・500,000人に1人程度。

その他には、針を刺した部位で、血管内から皮下に造影剤がもれ、手足が腫れてくる場合があります。
少量であれば、自然に吸収されますが、大量にもれた場合は、皮膚や筋肉の壊死を防ぐため、
皮膚の切開を必要とする場合があります。

承諾書

平成　　年　　月　　日

以上の問診の結果、造影剤の必要性・危険性について主治医の説明に納得し、

治療上必要であると理解しましたので、その実施を承諾します。

尚、検査中の緊急の処置が必要となった場合には、適宜処置を受けることについても承諾します。

患者氏名

保護者または
保証人の氏名

注 ） 本人が未成年者または署名できない
場合などは右記にご記入ください。

患者との続柄