

MR造影検査に関する問診及び承諾書

検査日

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言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)

- ⑤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

主治医サイン

1、いつも通り造影 2、主治医立ち会いで造影 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1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・・・200,000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。

紹介元医療機関

主治医サイン

承諾書

令和 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