

ガドリニウム造影剤使用に関する問診票ならびに説明・同意書

- ① 造影剤は、正常と病変の区別や血管を見るために用います。
- ② MRI 検査で用いる経静脈性造影剤は『**ガドリニウム造影剤**』です。
- ③ 稀ではありますが次のようなアレルギーなどの副作用を起こす場合があります。
副作用：吐き気、ジンマシンといった軽いもの（約 1000 件に 1 回）から、
ショック（約 2 万件に 1 回）、死亡（約 83 万件に 1 回）といった重症まで
- ④ 喘息やアレルギー体質の方は、副作用がおこる可能性が高いといわれております。
- ⑤ 腎機能の悪い方では、投与後「腎性全身性線維症」を起こすことがあります。
- ⑥ 以下の問診票に必ずお答えの上、同意な方はご署名下さい。

*****問診票（必ず該当する部分に○をつけて下さい）*****

1. 両親・兄弟にアレルギー体質の方はいますか？（ない、ある）
2. 食物・薬などでアレルギーを起こしたことはありますか？（ない、ある）
3. 1 年以内に気管支喘息と診断され治療を受けたことはありますか？（ない、ある）
4. MRI 造影剤で副作用を起こしたことはありますか？（造影剤は初めて、ない、ある）

説明・問診医師名 _____（※医師以外は無効です）

上記の造影剤に関する副作用を理解した上で造影 MRI 検査を受けることに同意します。

検査中に救急救命の処置を行う必要が生じた場合には、担当医師に一任します。

_____ 年 月 日 患者氏名 _____

同意者署名（代諾者） _____（続柄： _____）

但し、一旦同意をしても、検査が開始されるまでは同意を撤回することができます。

その場合は検査担当者にお伝えください。

食事	看護師	技師	医師
無・有			