

<b>MR造影検査に関する問診票 兼 同意書</b>
----------------------------

氏名:

下記の問診項目の答えに該当するものの中に“レ”でチェックを入れてください。

1. これまでに造影剤を使用した検査をお受けになったことがありますか？
-------------------------------------

ない	ある
----	----

“ある”とお答えになった方、それはどのような検査でしたか？

MR      CT      血管撮影      その他 (      )

その時、副作用が出ましたか？(熱感を除く)

出なかった	出た
-------	----

“出た”とお答えになった方、それはどのような症状でしたか？

発疹(かゆみ)      吐き気      嘔吐      頭痛      くしゃみ      息苦しさ  
 血圧低下      その他(      )

2. これまで、以下の病気と言われたことがありますか？
-----------------------------

ない	喘息(ぜんそく)	腎機能低下(腎不全等)
----	----------	-------------

3. アレルギー体質や、アレルギーの病気がありますか？
-----------------------------

ない

じんましん	アトピー性皮膚炎	アレルギー性鼻炎、
その他(      )		
薬剤アレルギー(薬剤名:      )		
食物アレルギー(食物名:      )		

4. ペースメーカーを入れられていますか？
-----------------------

いいえ	はい
-----	----

5. 現在、妊娠またはその可能性がありますか？(女性の方のみ)
---------------------------------

ない	ある
----	----

6. 現在、育児中の方、母乳による授乳をされていますか？(授乳中の方のみ)
---------------------------------------

いいえ	はい
-----	----

7. 造影剤の投与量算出の為、現在の体重をお教えてください。
--------------------------------

(約      kg)

病院確認欄      月      日のクレアチン値(      mg/dl)

以上

マツダ病院長 殿

私は主治医よりMR造影検査について十分な説明を受け、質問する機会を得ました。この説明により、予定されている造影検査について理解出来ましたので、造影検査を実施することに同意致します。

平成      年      月      日

患者または代理人(続柄)

(署名) \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_  
医師

ご記入いただいた全ての個人情報は、当院が公表しております『個人情報の利用目的』以外の目的には一切利用いたしません。

## MR造影検査に関する説明書

造影剤を使用しなくてもMR検査は行えますが、検査が不十分になる場合もあります。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし今後の治療に役立てる立ることが出来ます。MR用の造影剤は、安全なお薬ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用の種類は次のようなものです。

軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などで、ふつうは特別な治療を要しませんが、症状によっては抗アレルギー剤を投与する場合があります。このような副作用の起こる確率は、約100人につき1人です。

重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があるため、入院となる場合もあります。このような副作用が起こる確率はまれで、1万人につき5人以下です。非常にまれですが、約100万人に1人の割合で、死亡事故の報告があります。

残念ながら、こうした副作用が発生するか否かを事前に知る方法はありません。また、前回の検査の時には異常がなくても、副作用が出る場合があります。

なお、造影剤を注入するときに血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みが伴うこともありますが、基本的には時間がたてば、吸収されますので、心配いりません。もれた量が多い場合には、処置が必要となることもあります。非常にまれです。

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。もし異常を感じたら、ためらわずにすぐおっしゃって下さい。わからないことがありましたら、主治医または検査担当者に遠慮なくご質問ください。マツダ病院の電話番号は 082-565-5000 です。