

## 造影剤の血管内投与に関する 説明・同意書

私は、担当医師から医療行為について次のとおり説明を受け、その内容を理解すると共に、その必要性に納得しましたので、実施に同意します。

血管内に投与される造影剤及び受けられる造影検査:

# MRI検査

※検査部位 ( ) その他( ) (  )  
※検査日時 年 月 日

### ○ 説明 (インフォームドコンセント)

今回あなたの担当医の指示により造影剤を用いた検査または治療が予定されています。造影剤を血管内に投与することによって、あなたの病気をより詳しく理解することができ、診断または治療の大きな助けとなります。

造影剤は安全な薬剤です。しかし他の一般のお薬と同様に、稀に体にあわない場合があり、副作用が起こる場合もあります。このような副作用は気管支喘息、薬剤過敏症、アレルギーの既往のある方、以前の造影検査で副作用があった方が、ない方よりも起きやすいと言われていました。副作用としては、かゆみや湿疹、胃の不快感などです。極めて稀に重篤な副作用として、息切れ、ひきつけ、失神、血圧低下などが起きる場合もあります。他の薬剤でもそうですが、非常に重篤な場合には、生命を守るために集中治療が必要になる可能性もあります。(病状・体質によってはMRI用造影剤で83万人に1人の割合で死亡する場合があります。)少しでも異常がみられた場合には検査は直ちに中止します。

また必要な場合にはすぐに治療できる体制が整えられています。造影剤を用いる場合に、副作用の危険性を全くなくすることはできません。それでも造影剤の投与が必要となるのは、用いない場合よりも、あなたの病気についてより多くの有用な情報が得られるからです。また用いない場合には病気がよくわからなかったり、深く理解することが困難となる場合があります。他の方法について希望される場合には、担当医にご相談下さい。

※腎機能が悪い方は検査ができない場合や、注意を要する場合がありますので、必ず担当医に申し出て下さい。

上記について、その内容と必要性、状況に応じた内容の変更の可能性、発生しうる副作用などについて説明を致しました。

年 月 日 病院 医師  
年 月 日 濟生会二日市病院 科 医師

医師の説明に対して十分ご理解頂けましたら以下の同意書に署名をお願いします。

年 月 日 患者氏名  
〔 代理者氏名 〕

代理者の場合は続柄 ( )

同席者氏名

