

## ガドリニウム系 MRI 用造影剤を使用する検査に対する同意書(提出用)

### 同意事項

- 1) 主治医 ( ) からガドリニウム系 MRI 用造影剤を使用する検査の目的、必要性、副作用について十分な説明を受けて理解した。
  - 2) ガドリニウム系 MRI 用造影剤を使用すること、もし副作用が生じた場合にはそれに対する処置を受けること、これらの処置に要した費用を負担すること。
  - 3) 造影検査の了承は、患者様本人または代理人の任意の同意に基づくもので、当院の医師の強引な説得や強制によるものではないこと。
  - 4) 造影検査についてさらに詳しい説明を受けたいときは、適宜追加説明を受けることができる。
  - 5) 患者本人または代理人は、検査を受けることを同意した後、いかなる場合でも同意の撤回ができること。
- 尚、同意なければ造影剤の使用はできないこと。

患者様氏名： \_\_\_\_\_ 様

同意日 年 月 日

患者本人又は代理人 (続柄 ) 署名 \_\_\_\_\_

### 造影検査問診表

\* 必要事項にご記入の上、検査当日にご提出ください。

ガドリニウム系 MRI 用造影剤を安全に使用するために以下の項目にお答えください。

1. 今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか？

なし  あり (CT 検査・MRI 検査・血管造影・腎尿路検査・胆嚢検査・その他 \_\_\_\_\_)

↓

造影検査を受けたことがある方にお尋ねします。 その時なにか副作用はありましたか？

(発疹 ・ 吐き気 ・ かゆみ ・ その他 \_\_\_\_\_)

2. アレルギー性の病気・アレルギー体質などがありますか？

なし  あり ぜんそく・じんましん・アトピー・アレルギー性鼻炎・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
薬 ・ 注射の副作用または食べ物によるアレルギー ( \_\_\_\_\_ )

3. ご家族の方でアレルギー性の病気やアレルギー体質などがありますか？

なし  あり