

## 造影剤使用検査に関する説明・同意書

患者番号： \_\_\_\_\_

様

年 月 日

私は、造影剤使用 検査で造影剤を使用するにあたって、以下の説明を行いました。

## 【造影検査とは】

造影検査とは、造影剤の注射をして行う検査です。この検査により病変の性状や部位などがわかりやすくなり、診断に大変役に立ちます。

MR I 造影検査ではガドリニウム造影剤を使用します。注射された造影剤は、腎機能が正常であれば注射後約 6 時間で 80 % が尿となって排出され、やがて全てが体外へと排出されます。

## 【副作用について】

造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬と同様に造影剤による副作用が生じる場合があります。

- 軽い副作用 : ほとんどが、くしゃみや一時的に気分が悪くなったり、吐き気、じんましんが出たり、胸がほてったりといった軽いものです。まれに冷や汗が出たり、胸が苦しくなったりすることがあります。これらの副作用は 100 人に 1~2 人程度の割合で起こります。
- 重い副作用 : 約 2 万人に 1 人程度の割合で、ショックなどの重い副作用が起こることがあります。極めてまれですが 100 万人に 1 人程度の割合で、死に至る報告もあります。

これらの副作用が生じた際には、緊急処置を取らせていただく場合があります。また、検査後数時間から数日後に副作用が起こる場合がありますので、何か異常が現れた場合には、すぐに来院されるか、病院にご連絡ください。

説明者 : 診療科名

医師名

印

長門記念病院殿

年 月 日

私は、この度予定された造影剤使用検査の必要性と、検査で使用する造影剤の説明を受け、十分に理解しましたので造影剤の使用に同意いたします。また、緊急の事態が発生した場合にはそれに対する処置を受けることにも同意いたします。

本人署名： \_\_\_\_\_

印

保護者または  
代理人署名： \_\_\_\_\_

印 (続柄： \_\_\_\_\_)

★ 患者控えとして、保管ください ★

## 造影剤使用検査に関する説明・同意書

患者番号： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 様

\_\_\_\_\_ 年 月 日

私は、造影剤使用 検査で造影剤を使用するにあたって、以下の説明を行いました。

### 【造影検査とは】

造影検査とは、造影剤の注射をして行う検査です。この検査により病変の性状や部位などがわかりやすくなり、診断に大変役に立ちます。

MR I 造影検査ではガドリニウム造影剤を使用します。注射された造影剤は、腎機能が正常であれば注射後約6時間で80%が尿となって排出され、やがて全てが体外へと排出されます。

### 【副作用について】

造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬と同様に造影剤による副作用が生じる場合があります。

- 軽い副作用 : ほとんどが、くしゃみや一時的に気分が悪くなったり、吐き気、じんましんが出たり、胸がほてったりといった軽いものです。まれに冷や汗が出たり、胸が苦しくなったりすることがあります。これらの副作用は100人に1~2人程度の割合で起こります。
- 重い副作用 : 約2万人に1人程度の割合で、ショックなどの重い副作用が起こることがあります。極めてまれですが100万人に1人程度の割合で、死に至る報告もあります。

これらの副作用が生じた際には、緊急処置を取らせていただく場合があります。また、検査後数時間から数日後に副作用が起こる場合がありますので、何か異常が現れた場合には、すぐに来院されるか、病院にご連絡ください。

説明者 : 診療科名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

⑩

長門記念病院殿 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日

私は、この度予定された造影剤使用検査の必要性と、検査で使用する造影剤の説明を受け、十分に理解しましたので造影剤の使用に同意いたします。また、緊急の事態が発生した場合にはそれに対する処置を受けることにも同意いたします。

本人署名： \_\_\_\_\_

⑩

保護者または  
代理人署名： \_\_\_\_\_

⑩ (続柄： \_\_\_\_\_)