

# 造影検査（MRI・CT）説明書および同意書

※造影剤使用の検査依頼の場合は必ず記載頂くようお願い致します。

患者 \_\_\_\_\_ 様に対して、造影検査の必要性、副作用などについて説明いたしました。

## 1 造影剤とは？

MRI・CT検査は造影剤なしでもできますが、MRI・CT用の造影剤を静脈注射しながら行うことにより体の様子をより詳しく知ることができます。病気の種類によっては造影剤を使用して初めて診断可能なものも多いです。

## 2 副作用の種類や発生頻度は？

軽い副作用 \_\_\_\_\_ : 嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗  
頻度 : 500人～1000人に1人

重い副作用 \_\_\_\_\_ : 意識消失・呼吸困難・血圧低下など生命にかかわる重篤な症状  
頻度 : 数万人に1人

非常に重い副作用 \_\_\_\_\_ : 生命の危険・救命措置が必要になるような症状  
頻度 : 100万人に1人の頻度

## 3 検査の必要性

造影剤にはこうした副作用がありますが、あなたの病気を診断・治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。

## 4 危険を予め知る方法は？

副作用がいつ発生するかを事前に知る事はできません。また、前回の検査の際に異常がなくても、今回副作用が発生する事もあります。

造影剤問診項目	※必ずチェックをお願いします。		
造影剤使用経験	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( CT ・ MRI ・ その他 )
造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( CT ・ MRI ・ その他 )
気管支喘息治療歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 無治療 ・ 無症状の状態が5年以上続いている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ )
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( アトピー ・ 花粉症 ・ 食べ物 ・ 薬 ・ その他 )
重篤な甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 病名: )
重篤な心臓疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 病名: )
<b>禁忌</b>	下記に該当する方は造影できません MRI : eGFR <b>30</b> (ml/min/1.73cm <sup>2</sup> ) 未満または透析中 CT : eGFR <b>45</b> (ml/min/1.73cm <sup>2</sup> ) 未満		

私は、今回の検査における造影剤使用の必要性とその危険性についての説明を受け理解しましたので、検査における造影剤の使用を承諾します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

署名日 年 月 日

受診者 生年月日

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

※自著できない場合 代理人（続柄 \_\_\_\_\_）

署名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

説明医師名 \_\_\_\_\_

# 造影検査（MRI・CT）説明書および同意書

※造影剤使用の検査依頼の場合は必ず記載頂くようお願い致します。

患者 \_\_\_\_\_ 様に対して、造影検査の必要性、副作用などについて説明いたしました。

## 1 造影剤とは？

MRI・CT検査は造影剤なしでもできますが、MRI・CT用の造影剤を静脈注射しながら行うことにより体の様子をより詳しく知ることができます。病気の種類によっては造影剤を使用して初めて診断可能なものも多いです。

## 2 副作用の種類や発生頻度は？

軽い副作用 \_\_\_\_\_ : 嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗  
頻度 : 500人～1000人に1人

重い副作用 \_\_\_\_\_ : 意識消失・呼吸困難・血圧低下など生命にかかわる重篤な症状  
頻度 : 数万人に1人

非常に重い副作用 \_\_\_\_\_ : 生命の危険・救命措置が必要になるような症状  
頻度 : 100万人に1人の頻度

## 3 検査の必要性

造影剤にはこうした副作用がありますが、あなたの病気を診断・治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。

## 4 危険を予め知る方法は？

副作用がいつ発生するかを事前に知る事はできません。また、前回の検査の際に異常がなくても、今回副作用が発生する事もあります。

造影剤問診項目	※必ずチェックをお願いします。		
造影剤使用経験	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( CT ・ MRI ・ その他 )
造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( CT ・ MRI ・ その他 )
気管支喘息治療歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 無治療 ・ 無症状の状態が5年以上続いている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ )
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( アトピー ・ 花粉症 ・ 食べ物 ・ 薬 ・ その他 )
重篤な甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 病名: )
重篤な心臓疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 病名: )
<b>禁忌</b>	下記に該当する方は造影できません MRI : eGFR <b>30</b> (ml/min/1.73cm <sup>2</sup> ) 未満または透析中 CT : eGFR <b>45</b> (ml/min/1.73cm <sup>2</sup> ) 未満		

私は、今回の検査における造影剤使用の必要性とその危険性についての説明を受け理解しましたので、検査における造影剤の使用を承諾します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

署名日 年 月 日

受診者 生年月日

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

※自著できない場合 代理人 ( 続柄 )

署名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

説明医師名 \_\_\_\_\_

# 造影検査（MRI・CT）説明書および同意書

※造影剤使用の検査依頼の場合は必ず記載頂くようお願い致します。

患者 \_\_\_\_\_ 様に対して、造影検査の必要性、副作用などについて説明いたしました。

## 1 造影剤とは？

MRI・CT検査は造影剤なしでもできますが、MRI・CT用の造影剤を静脈注射しながら行うことにより体の様子をより詳しく知ることができます。病気の種類によっては造影剤を使用して初めて診断可能なものも多いです。

## 2 副作用の種類や発生頻度は？

軽い副作用 \_\_\_\_\_ : 嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗  
頻度 : 500人～1000人に1人

重い副作用 \_\_\_\_\_ : 意識消失・呼吸困難・血圧低下など生命にかかわる重篤な症状  
頻度 : 数万人に1人

非常に重い副作用 \_\_\_\_\_ : 生命の危険・救命措置が必要になるような症状  
頻度 : 100万人に1人の頻度

## 3 検査の必要性

造影剤にはこうした副作用がありますが、あなたの病気を診断・治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。

## 4 危険を予め知る方法は？

副作用がいつ発生するかを事前に知る事はできません。また、前回の検査の際に異常がなくても、今回副作用が発生する事もあります。

造影剤問診項目	※必ずチェックをお願いします。		
造影剤使用経験	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( CT ・ MRI ・ その他 )
造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( CT ・ MRI ・ その他 )
気管支喘息治療歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 無治療 ・ 無症状の状態が5年以上続いている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ )
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( アトピー ・ 花粉症 ・ 食べ物 ・ 薬 ・ その他 )
重篤な甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 病名: )
重篤な心臓疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 病名: )
<b>禁忌</b>	下記に該当する方は造影できません MRI : eGFR <b>30</b> (ml/min/1.73cm <sup>2</sup> ) 未満または透析中 CT : eGFR <b>45</b> (ml/min/1.73cm <sup>2</sup> ) 未満		

私は、今回の検査における造影剤使用の必要性とその危険性についての説明を受け理解しましたので、検査における造影剤の使用を承諾します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

署名日 年 月 日

受診者 生年月日

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

※自著できない場合 代理人 ( 続柄 )

署名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

説明医師名 \_\_\_\_\_