

# 造影剤を使用したCT・MRI検査の説明書

\*この用紙は、造影CT・造影MRIの両方の検査に対応した説明書・同意書となっております。

I D

※札幌禎心会病院職員記載欄

患者氏名

※依頼元医療機関様ご記入欄

## 1) 目的

この検査は、造影剤を静脈に注射して画像撮影を行います。この検査は、通常の撮影（造影剤を用いない）だけでは必要な情報が得られない場合に行います。これにより、あなたの病気の有無、性質や広がりなどのより細かな情報を得ることができます。他に選択できる検査がある場合には、医師から説明いたします。

## 2) CT造影剤の副作用

副作用の種類	即時型	注射後から1時間までに発生するもの
	遅発型	1時間以降から1週間以内に発生するもの
副作用の頻度と症状	軽い副作用 (約 3%)	発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐など、一時的で治療を必要としないもの
	重篤な副作用(約 0.04%)	血圧低下・呼吸困難・意識消失など治療が必要なもの
	極めて重篤な副作用 (約 0.004%)	上記の重篤な副作用により生命に係わるもの

## 3) MRI造影剤の副作用

副作用の種類	即時型	注射後から1時間までに発生するもの
	遅発型	1時間以降から1週間以内に発生するもの
副作用の頻度と症状	軽い副作用 (約 1%)	発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐など、一時的で治療を必要としないもの
	極めて重篤な副作用 (約 0.004%)	血圧低下・呼吸困難・意識消失など治療が必要なもの

## 4) 注意点

- 過去に同様の造影検査を行った際、上記の副作用が生じたことがある場合は前もってお知らせ下さい。
- CT造影検査を受けられる方で、喘息の既往のある方または治療中の方は医師または看護師にお知らせ下さい。
- 造影剤注入中に一時的な熱感がありますが、誰にでも起こるもので心配はありません。

## 5) 合併症

- 造影剤の注射により、まれに造影剤が血管外に漏れることがあり、痛みや腫れを伴う事があります。そのままでも自然に吸収され問題ありませんが、漏れた量が多い時は、痛みが続いたり治療が必要になる場合がありますので、検査終了後も穿刺部分の観察を行います。

## 6) その他

- 上記の合併症及び副作用症状が発生した場合は、医師及び看護師にお申し出下さい。速やかに対処いたします。また、予測できない緊急事態が発生した場合、医師はその治療に最善を尽くします。
- 緊急時には、症状や処置方法の説明が後になる場合があることを予めご了承下さい。
- 同意書の有効期限は1年間としておりますが、その間に行なう検査のたびに医師および看護師より過去に検査を行なった際に、副作用の出現等なかったかを確認させていただきます。
- 不明点や質問がございましたら、ご遠慮なく医師や看護師にお尋ね下さい。

# 造影剤を使用したCT・MRI検査の同意書

社会医療法人 榎心会 札幌榎心会病院 病院長 殿

この同意書は1年間有効です  
記入日 令和 年 月 日

私は、CT・MRIにおける造影剤の使用について、下記の医師から、造影剤検査の必要性・作用や合併症等について十分な説明を受け、納得したので、造影剤の使用に同意します。

説明日 : 令和 年 月 日

依頼元医療機関名 : \_\_\_\_\_

医師名 : \_\_\_\_\_ 印

本人記載欄 : 令和 年 月 日 氏名 : \_\_\_\_\_ 印

代諾者記載欄 : 令和 年 月 日 氏名 : \_\_\_\_\_ 印

続柄 ( \_\_\_\_\_ )

注) 自署名の場合は捺印不要です。

同意後に患者様・ご家族が、造影剤を用いた検査を拒否したい場合は、いつでも撤回することができます。医師・看護師へお申し出下さい。撤回を申し出られた場合、それに替わる検査や最善の検査について検討いたします。

造影剤を用いた検査の同意を撤回します。

令和 年 月 日 患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者本人に判断能力がない場合 : \_\_\_\_\_ 代諾者氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 ( \_\_\_\_\_ )

以上