

御依頼医療機関	
フリカナ	
患者様名	様
生年月日	T・S・H 年 月 日

造影剤を用いた検査を受けられる方への 説明書兼承諾書 (MRI)

今回実施する検査は、《造影剤》という薬剤の注射をして行います。造影剤を使用することにより、新たな病変が見つかったり、病変がはっきりして、病変の性質についての詳しい情報を得ることができ、正確な診断に役立ちます。

使用する薬剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。

副作用の種類は次のようなものです。

1. 軽い副作用

吐き気・背部痛・腰痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。

このような副作用の起こる確率は、約 100 人につき 5 人以下です。

2. 重い副作用

呼吸困難、血圧低下などです。このような副作用の起こる確率は、

約 1,000 人～約 10,000 人につき 1 人です。

・腎性全身性繊維症 (NSF)

重篤な腎機能障害がある患者様へのガドリニウム造影剤使用に関連して皮膚の硬化や四肢関節の拘縮などをきたし、活動性を著しく低下させる病態として報告があります。

このような患者様の場合、原則ガドリニウム造影剤は使用できません

また、造影剤を注射する場合には、血管外に造影剤がもれることがあります。

この場合、注射した部位がはれて痛みを伴うこともありますが、基本的には時間が経過すると吸収されるので心配ありません。

当院では、万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っております。

もし身体に異常や体調が悪くなりましたら、ためらわず、すぐにお申し出下さい。

◎◎◎ MRI 造影検査承諾書 ◎◎◎

私は、MRI 造影検査の必要性・危険性について説明を受け納得致しましたので、
MRI 造影検査を受けることに、同意致します。

(1) MRI 造影検査について、その必要性と内容、起こりえる危険性などについて説明を致しました。

令和 年 月 日 説明担当医師： _____ 印 (自署)

(2) 私は上記の説明を受け、納得しましたので、実施に同意致します。また、実施中に緊急の処置を

行う必要が生じた場合は、上記以外の診療行為についても適宜処置されることに同意致します。

令和 年 月 日 患者 氏名： _____ (自署)

家族等氏名： _____ (自署)

患者との続柄： _____ (自署)



IMS グループ イムス札幌消化器中央総合病院
〒063-0842 札幌市西区八軒2条西1丁目1-1

お問い合わせ先 TEL : 011-555-2770 (直通)
地域医療連携室 FAX : 011-640-3256 (直通)