

CT・MRI 造影検査（造影剤使用）に関する説明・同意書

CT・MRI 造影検査では、ヨード（CT）又はガドリニウム（MRI）を血管内に注入することが必要になります。

造影剤を使用することにより、血管や病変の性状がより詳しく描出され診断に大変役立ちます。造影剤は基本的に安全な薬剤ではありますが、次に示すような副作用が生じる可能性があります。

1. ヨード造影剤の副作用と発生頻度

- ・軽症：頻度約3%～5%以下
吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、蕁麻疹、発疹、かゆみ、発熱、咳など
- ・重症：頻度2500人に1人程度（0.04%）
まれにアナフィラキシー様反応（呼吸困難、血圧低下など）、ショック症状
- ・死亡：頻度20万人に1人程度（0.0005%）

喘息のある又は既往のある方、アレルギー体質の方、透析・腎機能が悪い方は申し出て下さい。

ガドリニウム造影剤（MRI）は上記の副作用についてヨード造影剤の半分程度の発生頻度とされています。また透析・腎機能が悪い方（eGFR：30未満）に投与した場合、ごく稀にNSF（腎性全身性線維症）を生じることが報告されているためガドリニウム造影剤は使用できません。

2. 緊急時の対応

検査中に万が一、副作用が発生した場合には、緊急に医師による処置、対応を致します。また、検査終了後数時間から数日後（遅発性）に先に述べたような症状や何らかの異常が現れた場合には、どんなことでも結構ですので、下記までご連絡ください。

赤羽画像クリニック TEL 03 - 5948 - 6018

造影検査の必要性及び付随する危険性や起こりうる合併症に関して、十分理解された上で、患者様自身の自由意志により、検査を受けるか受けないかを決定することができます。受けないことにより不利益を被ることはなく、また一度承諾された後でも、いつでも承諾の取り消しをすることができます。

上記事項を確認の上、造影検査についての是非をお答えください。造影剤使用に同意いただけましたら、本同意書に署名をお願い致します。

説明年月日：

担当医：

赤羽画像クリニック 院長殿

私はCT又はMRI検査における造影剤使用に同意します。

年 月 日

本人（署名）： _____ (印)

代理人（署名）： _____ (印) (続柄)

※ご本人の署名があれば代理人欄は必ずしも必要ありません

赤羽画像クリニック