

MRCP造影剤使用説明書および同意書

【問診票】

- | | | |
|--------------------------------|----|-----|
| 1. 過去に造影剤を使用した検査を受けたことはありますか？ | はい | いいえ |
| 2. その時に副作用はありましたか？ | はい | いいえ |
| 3. 現在、胃や腸管に出血や炎症があり、治療中ですか？ | はい | いいえ |
| 4. 鉄過敏症、鉄アレルギーがあるとされたことがありますか？ | はい | いいえ |
| 5. 今までに薬や食物でアレルギーが出たことはありますか？ | はい | いいえ |
| 6. 両親、兄弟にアレルギーの出やすい人はいますか？ | はい | いいえ |
| 7. 腎臓が悪いとされたことがありますか？ | はい | いいえ |
| 8. 現在妊娠している可能性がありますか？ | はい | いいえ |

はいと答えた方 → 現在妊娠 　　　　　 か月

【使用目的】

今回実施するMRI検査では、より詳しい情報を得るために造影剤を使用します。

【使用方法】

今回実施するMRI検査で使用する造影剤は、経口投与します。当院では検査直前に約150mlの造影剤を飲んで頂きます。

【副作用】

ごくまれ（0.1%～5%以下）ですが、以下のような症状の出ることがあります。造影剤を使用した直から症状の出る場合が大半ですが、まれに24時間以上経過してから症状の出る場合もあります。

- 1) 過敏症状： ① 皮膚症状 かゆみ・皮膚が赤くなる・ぶつぶつが出る
 ② 消化器症状 気分が悪くなる・吐き戻し・腹痛・下痢
 ③ その他 血清鉄低下・血清フェリチン減少

※一時的に便が黒くなる場合があります。また歯に色がつくことがありますが一時的なものです。

【副作用に対する対応】

副作用は、大半の方が軽度で、経過観察だけで改善されますが、症状によっては、お薬を注射する事があります。また、重篤な場合は、入院の上、特別な治療を必要とする事もあります。

【食事について】

MRCP造影検査の場合、

食事については、**検査4時間前より絶食**して下さい。

水分については、**検査2時間前より水分摂取をやめて**ください。

【その他】

検査の進行状況により予定時間どおりにできない場合があります。予めご了承ください。

同 意 書

院長 殿

私は、検査説明を受け、十分理解しましたので、その実施について同意いたします。
また、検査中に緊急または予測外の処置をする必要性が生じた場合に、適宜処置される事についても同意いたします。

年 月 日 患者氏名 _____ (印)

同意者（署名） _____ (印)

（患者との続柄： _____）