

フリーダイヤル FAX : 0120-726-514

(JA とりで総合医療センターへ提出)

## 《MR I 造影用》

MRI 用ガドリニウム造影剤 (EOB・プリモビスト含む) に関する

インフォームドコンセント

検査種別	MR I (造影)
検査予定日	年 月 日
予約時間	時 分

検査申込  
医療機関

医師名

※ あなたの病気の診断のためにガドリニウム造影剤を用いたMR I 検査を予定しています。  
造影剤を用いない検査では診断的な価値が著しく低下し、重篤な疾患が見過ごされる可能性あります。

☆ 安全に検査をお受けいただくために、既往について検査申し込み医師からお尋ねします。

(以下の既往がある患者さんは副作用を生じる頻度が高くなります)

- ① 以前、**造影剤で具合が悪くなった**ことがありますか？  
( ある 具体的に \_\_\_\_\_ ・ ない )
- ② **アレルギー体質**といわれたことがありますか？  
( ある 具体的に \_\_\_\_\_ ・ ない )
- ③ **気管支喘息**と診断されたり、治療されたことがありますか？ ( ある ・ ない )
- ④ **腎臓の機能が悪い**といわれたことがありますか？ ( ある ・ ない )

検査申し込み医師の判断では、ガドリニウム造影剤使用に対する危険度は

( **危険要素なし** ・ **危険要素あり** ) と判断されます。

※ 「危険要素あり」の場合、具体的な前処置の指示などがあれば、記載をお願いします。

\_\_\_\_\_

あなたは、ガドリニウム造影剤を用いたMR I 検査を受けることを同意されますか。

( はい ・ いいえ )      体重 (造影剤投与量の指標      kg)

ご署名をお願いします  
(患者ご本人)

署名年月日

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

なお、承諾書に署名された後でも、造影剤使用の同意を撤回することができます。

MRI 用ガドリニウム造影剤を用いた検査について説明し、確認を致しました。

ご署名をお願いします  
(検査申込み医師)

署名 \_\_\_\_\_