

# MRCP造影剤説明書 兼 同意書

ID

氏名

殿 医師

検査で詳しい画像情報を得るために、造影剤を使用して検査を行います。  
造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬剤同様一定の頻度で、副作用が生じることがあります。  
次に書かれていることとお読みの上、検査に同意していただけるようであれば、下記 同意書欄に  
自筆で署名し、検査当日までに職員にお渡し下さい。

- 1、軽い副作用 : 胸やけ  
これらの副作用は、0.1%前後の頻度で起こります。
- 2、重い副作用 : 軟便、下痢、腹痛、腹鳴、悪心、腹部膨満、眠気、頭痛など  
これらの副作用は、0.1~5%未満の頻度で起こります。
- 3、その他の副作用 : 発疹、蕁麻疹

過去にMRCPで経口造影剤を使用して検査し、上記のような副作用が起こった方、  
医師に、穿孔がある又は疑うと言われた方は必ず問診票に記入の上、主治医に申し出て  
下さい。

※ 問診の内容により検査を中止する場合がありますがご了承下さい。

- ★造影検査では絶食が必要です。検査予約時間前4時間以上あけてください。
- ★脱水予防のため、180mlまでの飲水は検査直前まで可能です。
- ★予約票の造影剤使用の検査についてもお読み下さい。

造影剤の検査の必要性、危険性（副作用）をよく理解していただき別紙の問診票に記入し  
下記の同意書に自筆で署名して下さい。 内容に不明な点があればご質問下さい。

---

## 同意書

MRI造影検査を依頼するにあたり、その必要性及び発現する可能性のある副作用、状況による方法の  
変更などについて説明を聞き十分に納得、了承しましたので、実施していただく事ことを同意します。

同意日 年 月 日

本人 または 代理人署名