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をお読みの上、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も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