

MRCP 検査説明と同意書

生年月日 年 月 日生

ふりがな
氏名

1.MRI 検査の必要性と目的

病気の診断や診断の補助、病態の把握、治療効果の確認、経過観察などが目的です。レントゲン検査や CT 検査では分からないような病変などに対し、放射線を使わずに磁気の力を利用して病変を描出できます。これにより、他の検査では診断不可能な病気も診断できる利点があります。

2.MRI 検査の安全性について

MRI 室内は強磁場環境での検査のため、金属や磁気製品を持ち込んだ場合、検査機器の吸着や磁気製品の故障が起こります。そのため、室内に入室する際は、身につけている金属類等を外していただきます。また、体内に金属が埋め込まれている場合、挿入された製品及び時期によって検査できないこともあり、確認が必要となります。もし、金属を含んだ製品等を身につけたまま検査を行うと発熱し、変色や火傷する可能性があるのでご注意ください。

その他、胎児に対する安全性が確立されていないため、妊娠の可能性のある方は検査前にお知らせください。

3.造影剤とは？

画像診断において情報量を増やすために画像コントラストをつける検査薬です。血管の状態や、臓器の血流状態、病変の血流状態や特徴がわかり、画像診断上、重要な情報となることがあります。また、病変によっては造影剤を用いないと正確に診断ができない場合があります。

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。また、他の薬と同様に副作用が出現する可能性があります。

4.造影剤の副作用

(ア) 軽い副作用(頻度は約 0.1~5%以下)

吐き気・嘔吐・胸やけ・頭痛・発疹・蕁麻疹・腹部膨満・軟便・下痢・腹痛・腹鳴・血清鉄低下・血清フェリチン減少など

* 上記内容に関する説明を理解し、同意された場合には、下記に本人又は代理人の署名をお願いいたします。

* また、検査に同意した後であっても、検査前であれば同意を撤回することが可能です。

同意書

MRCP 検査にあたり、検査の目的、必要性と安全性、造影剤検査の注意事項(副作用など)を理解した上で、同検査を受けることに同意をします。

記入日 年 月 日

本人氏名

代理人(続柄)

()

* 未成年者は親権者、本人が記入不可能な場合は代理人が署名のこと

確認医師