

MRI検査における造影剤投与に関する同意書

※必須です。フルネームで署名してください。

説明担当者*	科 Dr.
<input type="radio"/> 同意書なしで造影検査許可の場合 (理由) <input type="checkbox"/> 理解不能 <input type="checkbox"/> 自著不能 <input type="checkbox"/> 急患 <input type="checkbox"/> 数日以内に造影検査を行った (日前) <input type="checkbox"/> その他 ()	

検査予定日：平成 年 月 日 時 分頃

- 造影剤とは
 - 造影剤を使用する理由
 - 造影剤副作用の危険因子
 - 過去、造影剤で具合が悪くなったことはない (又は初めてである)
 - 気管支喘息、その他のアレルギー疾患に罹患していない
 - 重い腎臓病ではない
 - その他 ()
 - 造影剤の副作用など危険性について
 - 即時型副作用
 - 遅発性副作用
 - 血管外漏出
 - 緊急時の対応 (副作用発現時)
 - 即時型副作用
 - ※検査中は、放射線科医師、看護師が常に近くに待機しており、緊急時に備えています。
もし、重篤な副作用発現時は、主治医などとともに最善の対処を致します。
 - 遅発型副作用
 - ※検査終了後、数時間～数日後に、造影剤の副作用と思われる症状などが現れた場合には、下記の受診科か放射線科へ御連絡ください。
- 連絡先：国立病院機構 佐賀病院 電話：0952-30-7141
診療時間内 (平日 8:30-17:15) 受診科、又は放射線科
診療時間外 (上記以外の時間帯) 救急部

上記の説明に御納得頂けましたら、以下の同意書に御署名をお願い致します。

以下の () のいずれかに○印を記入してください。 () 同意：造影剤の使用に同意します。検査中の予期せぬ緊急状況が発生した場合、 医師が必要と判断した処置を行うことにも同意します。 () 拒否：造影剤の使用を拒否します。造影剤を使用しなかったことによる結果につ いて、主治医、検査担当医、病院の責任を追及しないことに同意します。
--

佐賀病院長 殿

患者氏名 _____ :平成 年 月 日

保護者或いは代理人* _____

*本人が未成年者又は署名出来無い場合などに御記入ください