問診票・経口造影 MRI 検査同意書

当てはまる方にレ印を入れてください。“あり”を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは（ ）の中に具体的な言葉を書いてください。

1. 今まで、本剤（ボースデル内服液）を用いた検査を受けたことがありますか？

□なし　□あり

2. その時、過敏症など副作用はありましたか？

□なし　□あり：

3. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか?

□なし　□あり　□わからない

4. 現在、授乳中ですか？

□なし　□あり

5. 消化管穿孔（胃や腸に穴が開くこと）やその疑いがあるといわれたことはありますか？

□なし　□あり（→具体的にお書き下さい　　）

6. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

□なし　□あり：じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、薬のアレルギー（薬剤名　　）、
食物のアレルギー（食物名　　）、その他（　　）

※ 医師の判断で造影剤を使用しない場合もあります。

経口造影 MRI 検査同意書

私は、造影検査とその危険性について「経口造影 MRI 検査を受けられる方へ」（別紙１）を読み、納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。） また、放射線科医の判断で造影剤使用を中止する場合があることにも同意いたします。

同意日：令和　　年　　月　　日

患者または代理人（続柄　　）（署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）

＊造影検査を拒否される場合には、以下の欄にご署名下さい。

私は、造影検査の必要性について説明を受けましたが、造影検査を受けることを拒否します。そのことによる結果について、担当医・検査担当医・病院の責任を追及しません。

署名日：令和　　年　　月　　日

患者または代理人（続柄　　）（署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

上記患者に対して、本文書において造影 MRI 検査について説明し、同意もしくは拒否されたことを確認しました。

説明日：令和　　年　　月　　日　担当医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿