

MRI の造影剤使用に関する説明

今回実施する造影剤を用いた検査は、より正確な診断をし、今後の治療に役立てることが出来ます。また、疾患によっては造影剤を使用しないと見つからない病気もあります。

一般には安全な薬ですがまれに副作用を生じることがありますので、担当医から説明を聞き、患者さんの自由意志による同意を得た上で造影検査を行います。

担当医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問して納得され、造影検査の実施に同意される場合は同意書に御署名ください。

1. 造影剤とは

検査部位によってガドリニウム製剤やマンガン製剤を使用します。
造影剤を静脈注射（静注）や経口で体内に取り入れます。

2. 造影剤を使用する前に

以下の方は検査前に担当医とご相談してください。

- ・ 以前に造影剤検査で具合が悪くなったことがある
- ・ 気管支喘息やアレルギー体質と診断されたことがある、または現在治療中の方
- ・ 腎臓の働きが悪い、あるいは腎臓の病気がある
- ・ 妊娠中、あるいは妊娠の可能性がある

3. 造影剤の副作用

- ・ 静注造影剤は、100 人に約 2 人(2.4%)の割合で何らかの副作用が出現し、主な症状は嘔吐・吐気・皮膚症状(かゆみや蕁麻疹など)・くしゃみ・めまいなどです。
- ・ 経口造影剤では、100 人に約1人(約 0.9%)の割合でなんらかの副作用が出現し、主な症状は下痢・軟便などです。このような軽い症状が出ますが一過性で治療の必要がありません。
- ・ 1000 人に約1人(0.1%未満)の割合で、血圧低下・呼吸困難・ショックなどの重い副作用が起こることがあります。
- ・ 極めてまれですが死に至る報告があります。
- ・ 以前、造影剤を使った際に副作用が出ていなくても、今回の検査で副作用が出ないとは限りません。

4. 緊急時の対応

- ・ 検査中は放射線科医師・放射線技師・看護師が常におりますので、万が一の場合には迅速に対応し、担当医と連携し最善の対処をいたします。
- ・ 検査終了後、数時間から数日後に上記副作用症状や異常が出る場合があります。症状が出たら病院にご連絡ください。

5. 検査前の注意点

- ・ 内服中のお薬は、通常とおりに内服してください。

6. 造影検査を受けたくなくなった場合

- ・ 検査前でししたらいつでも承諾を取り消せます。その場合、造影剤を用いない検査を受けることも出来ます。
- ・ 検査当日になって体調の変化などで造影検査を受けたくない場合は、診療放射線技師または看護師にお申し出ください。

MRI 検査造影剤使用に関する同意書

私は、患者_____様に対して

医療行為:造影剤使用の必要性、危険性、および合併症などについて前項のように説明いたしました。

問診票等の結果より造影剤の使用を許可します。

ご提示した医療行為の必要性、危険性、合併症、またその医療行為を行わない場合に予想される経過をご理解いただけましたでしょうか。

わからないことは説明者にご質問ください。希望があればお伝えください。

ご承諾いただければ、この医療行為を行うことに同意をお願いします。

また、この同意はこの医療行為を行う前であれば、いつでも取り消すことができます。

説明日: 年 月 日

説明医師 _____ 印

看護師 _____

立会者 _____

私は前項に記載された内容の説明を受け、この医療行為を行うことに同意します。

またこの医療行為実施上必要な処置および制約についても併せて同意します。

その他希望があれば申し出ます。

東京北医療センター センター長殿

署名日: 年 月 日

患者署名 _____

家族署名 _____ 続柄 _____

付添者署名 _____ 続柄 _____

代筆の理由 : 書字困難 ・ 意識障害 ・ その他 _____

ID

氏名

様

検査日

年

月

日

問診票

① 過去に造影剤を用いた画像検査をうけたことはありますか？

いいえ はい

(「はい」と答えたかた) 該当項目を選択してください

CT MRI 腎尿路検査 血管造影

② (①で「はい」と答えたかた) 副作用はありましたか？

いいえ はい

(「はい」と答えたかた) 該当項目を選択してください

発疹 吐き気 かゆみ その他()

③ 腎臓の病気や治療、人工透析をされていますか？

いいえ はい

④ 今までにアレルギー性の病気を指摘された事、アレルギー体質などがありますか？

いいえ はい

⑤ (④で「はい」と答えたかた) 該当項目を選択してください

ヨードアレルギー 気管支喘息 花粉症 アトピー アレルギー性鼻炎

薬のアレルギー()

食物によるアレルギー()

⑥ 気管支喘息ありの方は、いつ治療しましたか？

現在治療 過去に治療歴あり【 年 月 まで治療】

⑦ (女性のかたのみ) 妊娠もしくは妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい

Cre 値 _____

eGFR 値 _____

【 年 月 日 現在 】

*検査日から3か月以内の値をご記入ください