

MRI造影剤検査説明書

本書は、造影剤検査についての大切な説明書です。必ず最後までお読みください。

MRI検査は、その目的によって造影剤を使用することがあり、造影剤を使用することによってより詳細な画像情報を得ることができます。

しかしながら、造影剤を使用することによって、以下に示すような副作用が発生することがあります。

・軽度の副作用（発生率1%程度＝100人につき1人）

症状としては、吐き気、めまい、蕁麻疹、咳等があり、これらは治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で回復します。

・重度の副作用（発生率0.05%以下＝10000人につき5人以下）

症状としては、呼吸困難、血圧低下、アナフィラキシーショック等があり、これらは治療が必要で、後遺症が残る可能性があり、場合によっては入院治療や手術が必要です。患者さんの病状や体質によっては、100万人に1人の割合で死亡することもあります。

造影剤を使用することによって副作用が発生するか否かを事前に予測することはできませんが、検査の実施に際しては副作用の発生に十分注意を払い、また、副作用発生時には、速やかに対処できる準備をして検査を行います。

《 事前にお知らせいただきたい方 》

造影剤投与が禁忌または、副作用の発生確率が高い等で造影剤検査ができないこともあります

- (1) 以前にMRI造影剤検査において、副作用が出現したことがある
- (2) 気管支ぜんそく、アレルギー性疾患の罹患歴がある
- (3) 高度な腎機能障害がある
- (4) 妊娠の可能性がある、もしくは、現在妊娠している
- (5) 現在授乳中である

また、検査終了後に遅発性（造影剤投与後、数時間～数日経過後）の副作用が出現することがあります。異常が現れた場合は、すぐに当院スタッフに申し出てください。最善の処置をいたします。

造影剤検査に関してご質問などがございましたら、下記までご遠慮なくお問い合わせください。

MRI造影剤問診票および同意書

今回の検査は造影剤を使用して行います。検査を安全に行うため、下記の質問にお答えください。

- 1 今までに造影剤(点滴・注射)を用いた検査を受けたことがありますか？ (ある ない わからない)
”ある”と答えられた方へ、どのような検査を行いましたか？ (該当項目に○印をつけてください)
・MRI検査 ・腎臓の検査 ・胆嚢の検査 ・血管造影検査 ・CT検査 ・不明
上記の検査中または検査後に発疹、吐き気などの副作用がありましたか？ (ある ない わからない)
”ある”と答えられた方へ、その時の症状をお書きください (該当項目に○印をつけてください)
・発疹 ・かゆみ ・吐き気 ・嘔吐 ・頭痛 ・せき ・その他 ()
- 2 下記の疾患にかかったことがありますか？ (該当項目に○印をつけてください)
・気管支ぜんそく ・ガドリニウム造影剤過敏症
・腎臓疾患 ・肝臓疾患 ・心臓疾患 (病名)
・アレルギー疾患 (病名)
・けいれん又は、てんかん既往歴
- 3 注射や薬で気分が悪くなるなど、副作用が出現したことはありますか？ (ある ない わからない)
”ある”と答えられた方へ、その薬剤名と、その時の症状をお書きください。
薬剤名 () 症状 ()
- 4 食べ物でジンマシンなど、アレルギー症状が出現したことはありますか？ (ある ない わからない)
”ある”と答えられた方へ、その食べ物と、その時の症状をお書きください。
食べ物 () 症状 ()
- 5 造影剤の使用量を決定するため、体重をお書きください。 () kg
- 6 現在、授乳中または、妊娠の可能性ありますか？ (ある ない わからない)

太枠内は主治医が記入のこと 【e-GFR ml/min/1.73m²】

腎機能【クレアチニン値 mg/dl】	1ヶ月以内のデータでお願いします。 採血日 年 月 日
以上の造影剤検査に対する説明および問診等より、造影検査を可とする。	
_____ 医師氏名	
※ 前処置および備考	

上記の説明を受けました。その内容について

十分に理解しましたので、MRI造影剤検査の実施に同意します。

よく理解できませんでしたので、再度の説明を希望します。

ただし、同意した場合であっても、いつでも撤回することができます。

年 月 日

患者氏名

親族または代理人（親権者、父母、配偶者、兄弟姉妹、保護義務者、法定代理人、その他）

氏名