

造影MRI検査説明書

造影MRI検査をお受けになる患者様へ

今回実施するMRI検査は、“ガドリニウム造影剤”という薬剤を注射して検査を行う予定です。造影剤を使用する判断は、検査内容・病状などにより主治医又は、MRI検査担当者が行います。

造影剤を用いることにより正確で精度の良い診断が可能となります。

また造影剤を使用しなくてもMRI検査は行えますが、十分な診断が出来ない場合があります。

これらは安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。

副作用の種類は次のようなものです。

1. 軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療をしなくても自然に改善します。このような副作用の発生する確率は1%程度とされています。
2. 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このため、入院加療が必要な場合もあります。このような副作用の発生する確率は0.05%以下程度とされています。
3. 病状・体質によっては約100万人につき1人の割合（0.0001%程度）で、極めてまれに死に至る報告もあります。

アレルギー体質、喘息の既往のある方には、これらの副作用の発生する確率が高くなるとされています。

また、造影剤は腎臓から排泄されるため、腎機能の悪い方ではさらに悪化させる可能性があります。これらの方には造影剤を使用できないことがあります。

当病院では万一の副作用に対して、万全の体制を整えて検査を行っています。異常が現れた場合、ためらわずスタッフにお知らせ下さい。副作用が現れても、最善の処置を施します。

検査をできるだけ安全確実に行うために造影MRI検査同意書にお答え下さい。

ご不明な点は、担当医師または下記にお問い合わせください。

造影MRI検査同意書

該当する項目にチェックして下さい。1、2、4の“あり”を選ばれた方は、記載された項目を○で囲むか、あるいは（ ）の中に具体的な記入をしてください。

1. 今まで、造影剤（注射、点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？
なし あり：CT検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影、MRI検査
2. その時、副作用はありましたか？
なし あり：発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他（ ）
3. 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？
なし あり
4. 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、
薬のアレルギー（薬剤名： ） 、食物のアレルギー（食物名： ）
その他（ ）
5. 現在透析中である。又は腎臓のはたらきが悪い（無尿、腎不全）といわれたことはありますか？
なし あり

上述の問診票のうち、問い2から5で【あり】の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなりうると言われています。

※主治医の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承下さい。

造影MRI検査同意書

該当する項目にチェックして下さい。

大牟田市立病院長 殿

- 私は、造影MRI検査について説明を受け、検査担当者の指示に従い、造影検査を受けることに同意いたします。また緊急的処置が必要となった場合にも、適切に処置されることに同意いたします。問診票の記載には相違ありません。
- 私は、造影MRI検査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いたします。
- 令和 年 月 日

署名 患者氏名 _____
親 族 _____
(要保護者・未成年者の場合) 続柄 ()
説明者(医師、看護師)
