

MRI 造影検査説明書

私は、患者_____様の診療行為 MRI 造影検査 の実施について、次のとおり説明しました。

1. この検査の目的

MRI 検査とは、磁場を利用した核磁気共鳴による画像診断検査です。

体の断層像を撮像し、病気の有無やどのような種類の病気なのか、病気がどこまで広がっているかを診断します。検査の内容によっては造影剤を用いた方がよりはっきり診断できます。今回のあなたの検査でも造影剤の注射を予定しています。検査時間は部位にもよりますが、20～30分程度かかります。

2. この検査に伴う危険性—造影剤の副作用

a. 種類と頻度

1) 軽い副作用

嘔気・嘔吐、発疹・じんましん、熱感・発熱（いずれも 0.1～1.0%未満）

2) 重い副作用

ショック・アナフィラキシー様症状、痙攣、

腎性全身性線維症(Nephrogenic Systemic Fibrosis, NSF; 皮膚と皮下組織、時には内臓の線維化病巣を生じるガドリニウム造影剤に対する遅発型の線維化反応。腎機能の低下した人に多く報告されている) (頻度不明)

b. 発現しやすい患者

- 1) 本剤の成分またはガドリニウム造影剤に対し過敏症の既往歴のある患者。
- 2) 気管支喘息の患者

c. 副作用への対応

副作用が発生した場合には、担当医や救命センター担当者、放射線科技師、看護師が速やかに対応します。

以前に造影剤投与にてアレルギーの既往のある患者さんについては、他に代替検査方法がなく造影検査の必要がある場合に造影検査を行います。その際にはアレルギー反応を予防するためにステロイド剤の前投薬を行うことがあります。

ステロイド剤には、糖尿病の方の血糖値を上昇させたり、重症感染症の方の感染の悪化を生じる副作用があります。

また、指示された前投薬を飲み忘れた場合には検査を延期する場合があります。

d. その他

一般状態の極度に悪い患者、重篤な肝障害のある患者、重篤な腎障害のある患者では造影剤の使用を控えた方が良い場合があります。(相対禁忌)

(患者さん控え用)

3. 代替可能な検査

代替検査には造影剤を用いないMRI、エコー、CTがあります。しかし、これらの検査も造影剤を用いたMRI検査に完全に置き換わるものではなく必要な情報が得られなくなる可能性があります。

4. 検査の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、検査が開始されるまでは検査をやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。

5. 連絡先

本検査について質問がある場合や検査を受けて後に緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

連絡先

住所：愛知県安城市安城町東広畔 28 番地

病院：安城更生病院

電話：0566-75-2111（代表）

(患者さん控え用)

MRI 造影検査 問診票・同意書

以下の質問をお読みいただき(はい・いいえ)の
いずれかに○をつけてください

説明者 _____

同席者 (病院側) _____

1. 造影剤による MRI 検査を受けられたことがありますか。	(はい・いいえ)
2. 「はい」の方におたずねします。副作用がありましたか。 〔 どのような症状でしたか: 〕	(はい・いいえ)
3. 気管支喘息と診断されたことがありますか。	(はい・いいえ)
4. 「はい」の方におたずねします。現在症状があり、治療中ですか。	(はい・いいえ)
5. お薬や食品で蕁麻疹、その他のアレルギー症状がありましたか。	(はい・いいえ)
6. 腎臓疾患と診断されたことがありますか。	(はい・いいえ)
7. 「はい」の方におたずねします。現在治療中ですか。	(はい・いいえ)
8. (女性の方) 現在妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか。	(はい・いいえ)

_____ の、診療行為 MRI 造影検査に同意します。

(同意しない場合は下記に「同意しません」と記入し、理由を記入してください。)

[_____]

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 _____ (自署)

本人以外 _____ (自署) 患者との続柄 _____

(病院控え用)