

造影MRI検査 説明・同意書

ID _____

患者氏名 _____

様 _____

1. 治療・検査予定日：

2. 検査・処置・手術名

造影MRI検査

当院があなたに必要であると考えている検査とその検査に伴う副作用、検査中の注意事項などについてのご説明です。検査を受けるかどうかの判断の参考にして下さい。

3. 予定している検査と方法

ガドリニウムを含んだ薬（以下、造影剤）を血管内に注射しながら行うMRI検査です。

MRI検査は造影剤を使わなくても行えますが、造影剤を使用することにより、病気がより詳しく分かり、診断に大変役立ちます。なお肝臓の検査では鉄分を含んだ造影剤を用いることがあります。

4. 予測される合併症と危険性

造影剤は安全なお薬ですが、まれに副作用をおこすことがあります。

①吐き気、嘔吐、じんましん、かゆみなどの軽い副作用

（頻度は約50～100人に1人・・・約1～2％）

②呼吸困難、ショック、意識消失、血圧低下、心停止などの重い副作用

（頻度は1.9万人に1人・・・0.005％）

③極めてまれながら重篤な副作用による死亡

（頻度は83万人に1人・・・0.00012％）

副作用の多くは、検査の後、数時間までに起こりますが、ごくまれに遅れて見られることもあります。

5. 以下の患者様については、造影剤が使用できない場合があります。

問診票にあてはまることがあれば、必ず記入して下さい。分からない事や不明な点などは必ず担当医師または検査担当者にご相談ください。

○ガドリニウム製剤に対する過敏症の既往のある方は、造影MRI検査はできません。

○重い腎障害のある方、特に透析患者さんは、ガドリニウム造影剤による腎性全身性線維症（NSF）の発症が報告されており、原則的には造影MRI検査はできません。

○気管支喘息の方など、アレルギー体質の方は副作用発生の頻度が高いといわれています。

○重い肝障害のある方は、症状が悪化する場合があります。

○妊娠中の方への造影剤投与に関する安全性は確立していません。また造影剤は乳汁に移行するため、授乳中の方は造影剤検査後24～48時間程度、授乳を避ける必要があります。

①「問診票」や採血で、患者様の状態を事前に把握し、造影MRI検査を行うことが妥当かどうかを確認します。

②副作用発生の場合は、緊急の対処を行えるよう十分な準備を整えています。

＊上記事項でご不明な点や質問がありましたら、遠慮なく担当医師におたずねください。

6. 造影MRI検査の注意事項

《造影剤投与前》

造影MRI線検査にあたって事前に血管確保を行います。検査時の姿勢の関係から手背（手の甲）に確保させていただく場合が多いです。

注射をするときに、皮膚の近くにある神経が注射針によって損傷され、痛みやしびれが発生することがあります。

ごくまれに、後遺症として神経障害が残ることもあります。

《造影剤投与中》

造影剤を勢いよく注入するため、血管外に造影剤が漏れて腫れることがあり、処置が必要になることがあります。

検査開始までに針先に異常を感じたら、ためらわずにお申し出ください。

《造影剤投与後》

検査終了後あるいは帰宅後に、じんま疹、かゆみ等、何らかの体の異常がありましたら、当院もしくは、かかりつけ医にご連絡下さい。

7. その他

- ① 当病院は、症状を確定するために造影MRI検査を行う必要があると判断しましたが、この点に関し、あなたは他の医師や病院の判断を求めることができます。もし、他の医師や病院の判断を求めたい場合は、随時対応いたしますので、その旨お知らせ下さい。
- ② 造影MRI検査について、今すぐ同意をする必要はありませんので、更にお考えになられる際はその旨お知らせ下さい（緊急時は除きます。）
- ③ この検査についての同意は、検査の実施前であれば取り消すことができます。
- ④ 早期検査が必要と判断していますので、早期に検査されることをお勧めします。

造影MRI検査について上記の記載事項のとおり説明しました。

説明日： _____

説明医師： _____ (印)

説明医師以外の同席者： _____ (印)

同 意 書

独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院 院長殿

私は、上記事項について十分な説明を受け、質問をする機会も与えられ、その内容に関して理解しました。

また、上記検査を実施中にその他の処置が必要となった場合についても、併せて承諾いたします。

造影MRI検査を受けることに

☐ 同意します。 ※該当するものにチェックを入れて下さい。

☐ 同意しません。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名： _____

生年月日： _____ 大正 _____ 昭和 _____ 平成 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

☐ 上記患者は、自署できないので、下記同席者が代署。

同席者氏名： _____
(親権者、後見人、親族など理解補助者)

同席者住所： _____