

MRI 用造影剤使用の説明・同意書 ご依頼施設用同意書

患者氏名： _____ 様 _____ 才（男・女）

医療機関名： _____ 依頼医名： _____ 検査予定日時： _____ 年 月 日

重度の腎不全・人工透析中の方、急性腎不全で治療中の方は、造影剤による合併症の危険性が高く、造影 MRI は行えません。妊娠中も造影 MRI は施行できません。それらに該当する場合は、あらかじめかかりつけの先生にお伝えください。

今回実施する MR 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。病気の有無やその状態の、くわしい情報がわかる検査ですが、以下のような副作用が起こる場合があります。

1. 軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。
2. 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用の発生する確率は、1万人につき1～5人以下（0.05%以下）ですが、副作用の治療が必要なため、入院が必要な場合もあります。また、後遺症が残る可能性もあります。
3. 現在喘息がある・またはその既往がある方、アトピーなどの強いアレルギー体質の方の場合は、これらの副作用が発生する確率は高くなります。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もあります。また病状・体質によっては、約100万人につき1人の割合（0.0001%）で、死亡する場合もあるとされています。さらに、前回副作用が起きなかった造影剤でも、ごくまれに副作用が生じる場合があります。このように、重篤な副作用の発生する確率は非常にまれですが、副作用が絶対に起きない検査ではないことをご承知下さい。

なお造影剤を速く注射する場合は、血管外に造影剤がもれることがあります。少しはれて痛みを伴ったりしますが、普通は自然に吸収されます。ただし非常にまれですが、腫れが続く場合は治療が必要となる事もあります。

もし院内で異常が現れた場合、近くの職員にすぐにお伝え下さい。帰宅後生じた場合は、当院にご連絡下さい。（0954-43-1120 放射線科読影室または救急外来）もし副作用が生じた場合は、最善の処置をとらせて頂きます。

それでは、下の質問のなかで、あなたが相当する項目の□に✓印をつけてください。

なお太字項目に該当する場合は、外来での造影 MRI は通常施行致しません。ご了承下さい。また以下の項目で署名後に変更があった場合は、検査前に検査担当者にお伝えください。

- 1) 現在喘息やアレルギーの病気がある、または以前そういわれた経験はありますか？
□ない・□ある* →ある場合は下の項目から選び○でかこんで下さい。（時期： _____ 年ごろ）
ぜんそく（現在治療中、または2年以内の発作歴がある場合です）・アトピー（病院での診断）・食物アレルギー・花粉症・飲み薬や注射薬のアレルギー（薬品名： _____）・その他（ _____)
- 2) 今までに、注射する造影剤を使った検査を受けたことはありますか？
□ない・□ある → ある場合は、下から選んで○でかこんで下さい。（検査時期： _____ 年ごろ）
MRI・CT・血管造影や心臓のカテーテル検査・腎臓の検査・その他（ _____)
- 3) 上の2)で、ある とした方のみお答え下さい。そのとき副作用はありませんでしたか？
□ない・□ある →それはどんな症状でしたか？（ _____)
- 4) けいれん・てんかん が、現在でやすい状態ですか？
□ない・□でやすい
- 5) 急性や慢性の腎不全と診断されていますか？ また透析治療を受けていますか？
□ない・□ある ☆**重度の慢性腎不全や透析中、急性腎不全がある場合は、造影 MRI はできません。**
- 6) 妊娠の可能性がある、または現在授乳中ですか？
□ない・□ある

妊娠中は造影 MRI は施行できません。授乳中の場合は、検査後24時間の哺乳中止後、一度搾乳し捨ててから哺乳して下さい。

上記説明をご理解頂いた上で、以下の文に同意頂けたならば、下の署名欄にご記入ください。

- ・私は MRI 検査の造影剤について上記説明をうけ、造影検査をうける事に同意します。
- ・また緊急的処置が必要となった場合には、適切な処置を受ける事に同意します。（検査直前でも、造影をしない MRI 検査に変更できます。その場合は検査の前に職員にお伝え下さい。）

患者氏名： _____ 署名日時： _____ 年 月 日

代諾者氏名： _____ 続柄： (_____)