

MRI造影剤使用に関する説明

患者様氏名

検査日 20 年 月 日

【造影剤についての説明】

今回実施するMR I 検査は、” 造影剤（ガドリニウム製剤）” という薬剤の注射をして行う予定です。造影剤は、MR I 検査で病気の有無や病気の性質、範囲といったことをより正確に評価するために用いられるものです。

造影剤を使うとまれに副作用が起こることもありますので副作用について説明を行い同意が得られ、なおかつ副作用の問診を行い、副作用の危険性が少ないと判断した場合に使用します。

【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要します。このような副作用の起こる確率は、約100人に1人です。
 2. 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症がのこる可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は、約1万人につき5人以下です。病状・体質によっては100万人に1人の割合で、死亡する場合があります。
 3. 造影剤を注射する際に、まれに血管外に造影剤がもれて、注射部位が腫れて痛みを伴うこともあります。腫れは基本的には時間がたてば吸収されますので心配ありません。
- ※ 当院では検査中、万一の副作用に対してもすばやく対応ができるようにした上で検査を行っています。もし変だと感じたら、ためらわずにすぐに教えてください。
その他、わからないことや気になることがあれば検査担当者に申し出てください。

※ 造影検査は、誤嚥防止のため検査前の食事は摂らないでください。

※ 授乳中の方は検査終了後、24時間授乳をお避けください。

ご不明な点がございましたら、看護師にお尋ねください。

MRI造影剤使用についての問診票

患者様氏名

ない・ある・わからない のいずれかに○をして下さい

1. 妊娠の可能性ありますか？ [ない ・ ある ・ わからない]

2. 授乳中ですか？ [いいえ ・ はい]
検査終了後、24時間授乳をお避け下さい。

3. 今までに次の病気をいわれたことがありますか？

- | | |
|--------------|---------------------|
| ① 気管支喘息・アトピー | [ない ・ ある ・ わからない] |
| ② 腎不全 | [ない ・ ある ・ わからない] |
| ③ 甲状腺疾患 | [ない ・ ある ・ わからない] |

4. 造影剤を使った検査を受けたことがありますか？
[ない ・ ある ・ わからない]

5. 上記で「ある」と答えた方で、検査を受けたときに副作用がありましたか？
[なかった ・ あった ・ わからない]

6. 過去1週間以内に、バリウムを用いた胃や大腸の検査を受けたことはありますか？
[ない・ある・わからない]

7. 【医師および紹介医療機関の先生へ】 過去3ヶ月以内の値をご記入ください

血清クレアチニン値	mg/dl	eGFR値	ml/min/1.73m ²
測定日（	年	月	日）
☐ 腎機能検査をせずに緊急造影検査を実施			

造影剤使用に関する同意書

MRI造影剤使用に関する説明の用紙を用いて

20 年 月 日 以上説明いたしました。

造影剤の使用 (可 ・ 不 可)

医師署名： _____

同席看護師署名： _____

【同意書作成日・署名】

上記の説明により必要な場合には、造影剤を使用した検査を受けることについて理解できました。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、合わせて承諾いたします。

☐ 私は、造影剤を用いたMRI検査を受けることに同意します。
(同意された場合でも、いつでも撤回することができます)

(同意) 20 年 月 日

患者署名 _____

代理人署名 _____ 続柄 ()

☐ 私は、造影剤を用いたMRI検査を受けることに同意しません。

(拒否) 20 年 月 日

患者署名 _____

代理人署名 _____ 続柄 ()

MRI検査同意書及びチェック項目

ID

患者様氏名

検査日 20 年 月 日

検査の安全を確保するため患者様をMRI検査にご案内する前に、次のことをチェックします。
該当項目によっては検査ができない場合があります。

- 体内金属・装着物などについて（以下の1. 2. 3に当てはまる方は、MRI検査できません）

1.	心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器	(有 ・ 無)
2.	人工内耳、眼科用ステント	(有 ・ 無)
3.	脳室シャント（圧可変式シャント）	(有 ・ 無)

4.	脳や心臓の手術をしたことがありますか	いつ ()	(有 ・ 無)
5.	その他の手術をしたことがありますか	いつ ()	(有 ・ 無)
6.	事故・けがなどで、体内に金属が入っていますか		(有 ・ 無)

無

☐ かつら・ヘアピン

☐ つけまつげ・ラメ等

☐ ピアス・イヤリング

☐ カラーコンタクトレンズ

☐ 補聴器・入れ歯

☐ 脳脊髄刺激装置

☐ 脳動脈クリップ

☐ 脳室シャント（圧固定式シャント）

☐ インプラント

☐ 義眼・義手・義足

☐ ヒートテック

☐ 時計・ネックレス

☐ 金属付き衣服

☐ 湿布・カイロ・貼り薬

☐ エレキバン

☐ ベルト・コルセット

☐ 制汗剤（抗菌作用）

☐ 心臓人工弁

☐ 静脈フィルター

☐ 持続自己血糖測定器

☐ 人工関節

☐ 刺青・アートメイク

☐ 財布・鍵・カード

☐ 携帯電話類

☐ 閉所恐怖症

☐ 妊娠中

- 装着物で外すことができない場合、検査可能な材質なのか確認必要

説明確認 診療放射線技師：

(以下は、MRI室にて技師が説明後記入してもらいます)

MRI検査の注意事項を理解した上で、検査を受けることを承諾します

20 年 月 日 氏名