

# MRI 造影検査に関する説明書

患者名

様

説明年月日

説明医師

## 1. 検査名

- 造影 MRI

## 2. 検査の目的

- 病気の有無の確認
- 診断のため
- 病気の進行度の確認

## 3. 検査の概要と注意事項

- 造影 MRI 検査は、“造影剤 (ガドリニウム)” という薬の注射を行います。造影剤は、MRI 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。造影剤の使用の有無については、検査の部位や目的などを判断し、決定しています。
- 予約の検査でも、体調が優れない場合は検査を中止することがあります。ご自分で体調が悪く感じたら、検査前に医師又は看護師、放射線技師に伝えてください。
- 造影剤を勢いよく注入する場合がありますが、その際、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合、注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。基本的には、時間が経てば吸収されるので心配ありません。しかし、漏れた量が非常に多い場合や皮膚の状態によっては別の処置が必要となることがありますので、造影剤の注入中に痛みを感じたり、何か心配なことがありましたら、速やかに医師、看護師又は放射線技師に伝えてください。
- 造影剤は、投与後、尿又は便から排泄されますので、検査後は十分に水分をとって排尿排便を促すようにして下さい。
- 腎臓機能に問題がある場合には、MRI 造影剤の使用で腎性全身性線維症 (NSF) というものをおこすとの報告がありますので、腎臓の悪いことを指摘されている方は申し出て下さい。

## 4. 造影剤使用に伴う副作用について

造影剤を使うと約 1%程度の副作用が発生します。副作用の症状は次のようなものです。

### MRI 用造影剤

- 吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹などの症状は、検査直後だけではなく 1 日～1 週間後に発疹が現れることもあります。これらは、治療を要さないか、1～2 回の投薬や注射で回復します。
- 呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全などの副作用は、入院治療が必要で、場合によっては後遺症が残る・死亡するなどの可能性があります。しかし、このような重篤

な症状が発生することはごくまれです。

■複数回、同じ造影剤を使用した検査の際に副作用が発生しなかったとしても、体調や身体への反応によって、突然副作用が発生する場合があります。

■当院では、万一の副作用への対応に関して体制を整えて検査を行っています。もし、検査中又は検査後に、体調が変だと感じたら、速やかに、医師又は看護師、レントゲン技師などそばにいる者に伝えてください。

■まれに、時間が経ってからじん麻疹等の副作用が発生することがあります。その際は、すぐ来院されるか受診科へ電話連絡をして下さい。

#### 5. 合併症への対応について

■合併症が発生した場合、緊急度に応じて全力で治療いたします。副作用の程度によっては、高度の治療を要する場合があります。

#### 6. 検査を行わない場合の不利益について

検査を行わない場合の不利益の内容について以下に挙げています。

■診断がつかずに治療が遅れる、又は、適切な治療を受けられない。

■再発の徴候などの発見が遅れることにより、適切な時期に治療を開始することができない。

その他 ( )

#### 7. 検査の同意撤回について

検査に関する説明を聞いて、同意されない場合は医師に「検査を行わない場合の不利益について」説明を受け、納得された上で意思決定してください。また、一旦同意されたあとでも撤回は可能です。その場合は、予約をした該当診療科に連絡してください。

#### 8. 連絡先

■岩見沢市立総合病院                      電話 (0126) 22 - 1650 (代表)

## MRI 造影剤に関する問診及び同意書

検査を安全に行うために次の質問にお答え下さい

1. 今まで、造影剤（注射/点滴）を用いた検査を受けたことはありますか？

なし あり

→あると答えられた方へ、その時、副作用はありましたか？

なし あり : じんま疹、吐き気、嘔吐

その他 ( )

2. 今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

なし あり (なにで? )

3. 今までに喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか？

なし あり (時期: ) わからない

4. 今までに腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？

なし あり

5. 現在、心臓の薬を飲んでいますか？

いいえ はい (薬の名前: )

6. 現在、糖尿病の薬を飲んでいますか？

いいえ はい (薬の名前: )

7. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？

なし あり わからない

以上、検査の必要性と造影剤使用に関する説明（詳細は別紙にて）を行いました。

年 月 日 担当医師 \_\_\_\_\_

造影剤使用に関する説明を理解し、検査を受けることに同意しました。

年 月 日 患者氏名 \_\_\_\_\_

患者代理氏名 \_\_\_\_\_

(患者との続柄: )

※患者の署名がある場合には代理署名は不要

この同意書は1年間有効です。

記入日 令和 年 月 日

# MR検査時チェックリスト

MR検査時、下記のチェックが必要となります。

チェックリスト記載後、この用紙を地域医療連携室へFAX送信お願いいたします。

**※枠内の全項目を、必ずすべてご記入ください。**

患者情報			
患者氏名			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	年齢	歳
体重	kg		
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
MR検査時チェックリスト			
<b>MR検査経験</b>	<input type="checkbox"/> 有り ( )	<input type="checkbox"/> 無し	
1. 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有り (検査不可)	<input type="checkbox"/> 無し	
2. 人工内耳	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
3. その他体内電子機器部品・精密機械	<input type="checkbox"/> 有り ( )	<input type="checkbox"/> 無し	
4. 手術による体内金属	<input type="checkbox"/> 有り ( )	<input type="checkbox"/> 無し	
5. 事故・ケガによる体内鉄片異物	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
6. 磁力で装着する義歯・義眼	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
7. (女性のみ) 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
8. その他特記事項			
<p>・上記1～8の項目で「有り」に該当する場合、原則として検査できません。 ・特に検査が必要な場合、予約をいれる医師へ確認して下記のチェックをいれてください。</p>			
<b>医師へ確認：</b> <input type="checkbox"/> 検査実施 <input type="checkbox"/> 検査不可			
※チェック欄1～8に「有り」があった場合でも検査を必要とする場合、必ずご記入ください。			
貴院医師名 _____			
貴院担当看護師名 _____			

〒068-8555 岩見沢市9条西7丁目2番地  
岩見沢市立総合病院 地域医療連携室

TEL(0126)22-1650      FAX(0126)22-1821 (直通)

岩見沢市立総合病院