

# 造影 MRI 同意書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時に以下のとおり説明しました。

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 \_\_\_\_\_

同 席 者 \_\_\_\_\_

〈造影 MRI 検査について〉

上記患者に対して、造影検査に対する説明を行いました。

使用する造影剤 ガドリニウム製剤 超常磁性酸化鉄剤 (SPIO)

交付した説明書類：造影 MRI 検査を受けられる患者様へ … 造影検査に関する説明書 (造影 MRI-2)

医師の説明に対し、十分御理解いただけたなら、以下のいずれかにチェック  を入れ同意書に署名願います。

- 1 現在の病状、今回の造影 MRI 検査について説明を受けました。  
 そして、その内容について  
わかりました。その上で納得して造影 MRI 検査を受けることに同意します。  
わかりましたが、造影 MRI 検査を受けることに同意しません。
- 2 要望

日	付	年	月	日
患者氏名 (自署)				
代諾者 (自署)			続柄	
住 所				
同席者 (自署)			続柄	
住 所				
私は、上記の医療行為に関する説明・同意書の控えを受領しました。受領者 ( )				

※ 同意はいつでも撤回することができます。

※ 同意しない、または同意撤回された場合には、造影 MRI 検査は施行できません。

検査目的により検査中止、もしくは単純 MRI 検査(造影剤を用いない MRI 検査)を施行します。

※ 当院では、原則、看護師が注射しますが、放射線科の医師がサポートします。

〈造影 MRI 検査を受けられる患者様へ〉  
造影検査に関する問診票

当てはまるものの□内にチェックを入れてください。

1. これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか。  
ない ある → 検査の種類；CT MRI 血管造影・心臓カテーテル検査  
尿路造影 胆道造影 その他\_\_\_\_\_
2. その時副作用はありましたか。  
ない ある → 内容；発疹 かゆみ 吐気、嘔吐 その他\_\_\_\_\_
3. 現在 喘息がある、または、過去に喘息といわれたことがありますか。  
ない ある → 現在も喘息があり、治療を続けている  
過去に喘息があったが、現在は治療していない  
その他；\_\_\_\_\_
4. 喘息以外にアレルギー性の病気や体質がありますか。  
ない ある → じんましん アレルギー性鼻炎  
花粉症 アトピー その他のアレルギー；\_\_\_\_\_
5. 家族にアレルギー体質の方はありますか。  
ない ある → 続柄\_\_\_\_\_ 内容\_\_\_\_\_
6. 腎不全、重篤な肝障害、出血している部位がある、ヘモクロマトーシス等の鉄過剰症、鉄注射剤に対する過敏症、のうち、該当するものがありますか。  
ない ある → 内容；\_\_\_\_\_
7. 現在妊娠中、または妊娠している可能性がありますか。  
ない ある  
現在授乳中ですか  
いいえ はい
8. 現在の体重をお書きください。（ \_\_\_\_\_ ） kg

# MRI 検査問診票兼同意書

この問診表はご記入・ご署名の上、検査当日に  
予約表と一緒に MRI 検査室へお出し下さい。

- ① 今までに MRI 検査を受けた事がありますか。 ( はい ・ いいえ )
- ② 心臓ペースメーカー・人工内耳・バルブシャントを装着していますか。 ( はい ・ いいえ )
- ③ 今までに手術やカテーテル治療をして体内に金属  
(クリップ、ステント、人工関節等)が入っていますか。 ( はい ・ いいえ )  
※『はい』と答えた方にお聞きします。  
(1) いつ頃、どんな手術ですか。 ( 年頃 )  
(2) 手術後、MRI 検査をした事がありますか。 ( はい ・ いいえ )
- ④ 手術以外 (戦争・事故・仕事) で身体の中に金属・金属粉が  
入っている可能性がありますか。 ( はい ・ いいえ )
- ⑤ 閉所恐怖症はありますか。 ( はい ・ いいえ )
- ⑥ いれずみ (眉毛等も含む) をしていますか。 ( はい ・ いいえ )  
(変色・火傷の可能性あります)
- ⑦ 女性の方へ現在妊娠している可能性がありますか。 ( はい ・ いいえ )
- ⑧ 義肢、義足、義眼がありますか。 ( はい ・ いいえ )
- 以下に該当する場合は、検査直前にはずしていただきます。
- ⑨ 入れ歯 (取り外せるものや、磁石式のもの) をしていますか。 ( はい ・ いいえ )  
※さし歯、銀歯は大丈夫です。
- ⑩ 補聴器をしていますか。 ( はい ・ いいえ )
- ⑪ 心臓病などの貼り薬、カイロ、エレキバン、湿布を貼っていますか。 ( はい ・ いいえ )  
(ニコチネルTTS・ニトロダームTTS その他)
- ⑫ カラーコンタクト (ディファイン等) をしていますか。 ( はい ・ いいえ )  
※通常のコンタクトレンズ (透明・薄い水色等) は大丈夫です。
- ⑬ 現在の体重を教えてください。 \_\_\_\_\_ Kg

ご協力ありがとうございました。

検査に同意し、記入漏れ・誤りがなければ、下記にご署名をお願いいたします。

ご本人が記入できない場合は、代諾者の方のご署名をお願いいたします。

未成年の方が検査される場合は、保護者の方の署名もお願いいたします。

年 月 日

患者氏名 (自署)

(代諾者・保護者) 氏名

〈造影 MRI 検査を受けられる患者様へ〉

## 造影検査に関する説明書

- 今回実施する造影 MRI 検査は“造影剤”という薬剤を静脈注射して行う MRI 検査です。  
造影 MRI 検査は病状の正確な診断のために、一般的に行われている検査です。  
病気の種類や検査の目的によって、造影剤が有効な場合とそうでない場合とがありますが、今回の造影 MRI 検査はあなたの病状を正確に診断し、最良の治療方針を決定するためのものです。
- 造影 MRI 検査に使用する造影剤には、病気の種類や検査の目的によって、“ガドリニウム製剤”を使用する場合と“超常磁性酸化鉄剤(SPIO)”を使用する場合とがあります。ほとんどの場合には“ガドリニウム製剤”を用いますが、一部の患者様では“超常磁性酸化鉄剤(SPIO)”を使用することがあります。
- MRI 造影剤は安全な薬剤ですが、まれに次のような副作用が起こることがあります。
  1. 軽い副作用：かゆみ、じんましん、吐き気、くしゃみなど(1%以下)。
  2. 重い副作用：呼吸困難、ショック、意識障害、腎不全など(0.005%)。この場合、入院治療が必要になり、後遺症が残る可能性もあります。また、非常にまれですが、病状や体質によっては 0.0001%(100万人に1人)の割合で死亡例の報告があります。重篤な副作用に対して当院では、心肺蘇生を含めた適切な処置ができるよう常に準備しています。
  3. “ガドリニウム製剤”使用の場合：重篤な腎障害のある方では造影剤使用後数日から数ヶ月後、時に数年後に皮膚の腫脹や硬化、疼痛などが発生することがあります。腎障害患者様あるいは透析患者様での発生確率は概ね 5%以下と推定され、進行すると四肢関節の拘縮を生じたり、死亡例も報告されています(腎性全身性線維症；頻度不明)。
  4. “超常磁性酸化鉄剤(SPIO)”使用の場合：中毒性表皮壊死融解症(重篤な薬疹の一種；頻度不明)があらわれることがあります。
- 次に該当される方は副作用の頻度が高くなったり、症状が悪化する等の報告があり、造影 MRI 検査が施行できないことがありますので、**該当される方は必ず主治医とご相談ください。**
  - ① 気管支喘息 ② 重篤な肝障害  
→ 原則としてガドリニウム製剤を用いた造影 MRI 検査は施行できません。
  - ③ 腎不全 ④ ガドリニウム製剤に対する過敏症の既往  
→ ガドリニウム製剤を用いた造影 MRI 検査は施行できません。
  - ⑤ヘモクロマトーシス等の鉄過剰症 ⑥ 出血している部位がある
  - ⑦超常磁性酸化鉄剤 SPIO、または、鉄注射剤に対する過敏症の既往  
→ 超常磁性酸化鉄剤 SPIO を用いた造影 MRI 検査は施行できません。
- 検査当日、問診票の内容や検査担当医師の総合的判断により、造影剤を使わない場合があります。あらかじめご了承ください。
- 注射をするときに、皮膚の近くにある神経が刺激～損傷され、痛みやしびれが残ることがあります。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。また、勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤が漏れて、腫れることがあります。
- 副作用や合併症が生じた場合は、症状に応じて対応いたします。診察・投薬・処置を要したときは、その医療費は通常の診療と同様に健康保険による取扱いとなり、一部自己負担をしていただきます。あらかじめご了承ください。
- じんましんなどの副作用は、数時間から数日後に現れることがあります。  
帰宅後に副作用が現れた場合は、当院までご連絡ください。TEL 072-252-3561 (大代表)