

造影 MRI 検査を受けられる患者様へ**○ 造影 MRI 検査とは**

MRI 画像診断において病変の発見やその性状を知るために、造影剤を血管内に投与して行うものです。通常、肘または前腕の静脈から投与します。

造影剤は腎臓の機能が正常であれば注射後 6 時間で約 90% が尿として体外に排泄されます。

【造影剤の説明】

今回お受けになる検査では、ガドリニウム系造影剤を使用します。

造影剤はより正確な診断を行うために用いますが、下記のような副作用が起こることもあります。

○ 造影剤の副作用

造影剤を注射すると、まれですが、副作用を生じることがあります。副作用には検査中や直後にみられるものと、検査終了後数時間から数日後に起きるものがあります。特にアレルギー体質の方、喘息の方、造影剤でアレルギーをおこされた方、薬剤過敏症の方に多いといわれています。また、腎機能が低下している場合、造影剤を使用すると腎機能をさらに悪化させることがあり、最近では、腎原性皮膚硬化症（死亡症例もあり）を生じたことが報告されています。

◇軽い副作用（頻度は約 1～2% 以下とされています）

：吐き気、嘔吐、熱感、頭痛、めまい、蕁麻疹（じんましん）、かゆみ、発熱、咳など。

（鉄分を含んだ薬の場合、腰痛や背部痛がおこることがあります）。

◇重い副作用（極めてまれに 1 万人に 1 人以下とされています）

：呼吸困難、血圧低下などのショックやアナフィラキシー様反応が生じる事があります。

その他、重篤な脳障害や生命の危機を生じることがあります。

○ 合併症

針を刺す事により、同部の痛みやしびれが検査後も持続することがあります。（頻度は軽症を含めて 6,000 人に一人とされています）。また、稀ですが、造影剤が血管外に漏れて、腫張や皮下血腫を起こす事があります。

○ 造影剤を使用した方が患者様にとって有益と判断して造影検査を行います。不明な点があれば医師にご相談ください。

患者様には造影剤の必要性和危険性をよく理解して頂いた上で安全に検査を行うために、別紙の同意書（兼問診表）にご署名を頂いております。同意書（兼問診表）を検査当日放射線科受付にお渡しください。

お答えの内容や検査当日の患者様の状態、あるいは検査依頼内容によっては、当日放射線科医師が判断し造影剤を使用しない場合もありますのであらかじめご了承ください。

問診を行って依頼医の署名の上、申込時 FAX してください
患者様が検査当日、原本を持参してください

造影 MRI 検査（ガドリニウム造影剤）に関する問診表

（市立豊中病院記入欄）

予約日	年	月	日

氏名： 生年月日：

ID

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。
☐なし ☐あり →☐CT ☐MRI ☐尿路造影 ☐胆道造影 ☐血管造影 ☐その他（ ）
→「あり」の場合（そのとき「帰宅後も含めて」）副作用がありましたか
☐なし ☐あり →☐吐き気 ☐嘔吐 ☐発疹 ☐くしゃみ ☐呼吸困難 ☐胸痛 ☐血圧低下
上記以外も含め具体的に→（ ）
2. 気管支喘息の疾患で治療を受けたことがありますか。
☐なし ☐あり（具体的に（ ））
3. 患者様ご本人にアレルギー性の病気や体質がありますか。
☐なし ☐あり
あれば→ ☐気管支喘息 ☐じんま疹 ☐アレルギー性鼻炎 ☐花粉症 ☐アトピー
☐その他（ ）
4. 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことはありませんか。
☐なし ☐あり →内容（ ）
5. 腎臓の病気あるいは機能が悪いと言われたことはありませんか。
☐なし ☐あり →内容（ ）
6. 体内に何か金属・磁性体がありますか。
☐なし ☐あり
あれば→ ☐脳動脈クリップ ☐コイル ☐人工弁 ☐人工骨頭 ☐入れ墨
☐その他（ ）
7. 現在の体重をお聞かせください（造影剤の使用量決定に必要です）。
_____ kg

【説明・問診医師署名欄】	
上記患者に対して検査および造影剤使用の目的について説明し問診を行いました。	
問診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
（施設名） _____	医師（署名） _____

◆患者様は検査当日、下記同意書に署名して予約票と一緒にこの用紙をお持ちください。

造影検査に関する同意書

私は現在の病状、造影検査について医師から説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに
☐ 同意します。 ☐ 同意しません。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名 _____（ご本人のみ記入してください。）

患者側同席者署名 _____（続柄： _____）*複数人同席していた場合は、欄外に記載してください。

【患者本人が署名出来ない場合】	
代筆者による患者署名 _____（本人の口頭同意に基づき、代筆者が記入）	
（代筆者氏名 _____）（続柄： _____）	
*代筆が必要な理由：（ _____ ）	
代諾者署名 _____（続柄： _____）	
*代諾が必要な理由：（ _____ ）	

※造影剤に関する不明な点や、造影剤を使用したくないという場合には、同意書にご署名された後でも、遠慮なく医師、看護師にお申し出ください。