

# MRI 造影検査説明書

## 《造影 MRI 検査を受けられる方へ》

あなたは、医師から造影 MRI 検査が必要と判断されました。  
以下のとおり概要をご説明します。「必要性」と「副作用」をご考慮の上、造影剤の投与にご同意頂ける方は、別紙の「問診票・同意書」にご署名ください。  
なお、署名された後に同意を撤回することもできます。

### 1.造影剤の使用について

・造影剤を静脈に注射し、血管やいろんな臓器を見やすくします。腫瘍などもわかりやすくなり、正確な診断ができます。ただし、これを使用しなくてもよい場合がありますので、造影する部位や病気の種類によって、使用するか否かを検査時に検討させていただきます。

### 2.造影剤の副作用・合併症について

・造影剤による何らかの副作用が 100 人中 1 人くらいの頻度であることが学会等で報告されています。多くは熱感、かゆみ、じんま疹、吐き気といった軽い症状で治療の必要はありません。  
・ただし、冷汗、血圧低下、呼吸困難、ショックといった重篤なものが、2 万人に 1 人くらいの頻度であり、極めて稀に重篤なショックでの死亡が 80 万人に 1 人くらいの頻度で報告されています。

### 3.緊急時の対応について

・上述のような副作用が発生した場合は、検査担当医師や看護師が適宜対応いたします。また、副作用が重篤な場合は、他科の医師と協議し、必要な処置をいたします。なお、症状によっては入院治療等が必要になることがあります。

### 4.検査前の処置について

・検査前の食事は基本的にご遠慮ください。水分摂取の制限はありませんが、乳飲料製品はご遠慮ください。お薬の服用は、担当医師にご確認ください。

### 5.検査後の生活について

・造影剤は尿と一緒に排泄されますので、普段より多めに水分を摂取してください。食事も普段どおり摂取してもらって構いません。  
ただし、検査後数時間から数日間に発疹、かゆみが出ることがあります。その際は、担当医師若しくは出水総合医療センター放射線科にご相談ください。

### 6.お願い

・この「説明書」は、ご本人の控えとなります。  
なお、検査当日に体調が悪い方は担当職員へお申し出下さい。

## MRI造影剤問診表および同意書(院外用)

※MRI造影検査を受ける患者様には、必ず下記の項目のチェックをお願いします。

※この検査問診票・同意書は検査当日に患者様にご持参をお願いします。

※疑問や質問は地域連携室にご相談下さい、

【連絡先】出水総合医療センター 地域連携室 Tel:0996-67-1657

### 《 問診票 》

○造影剤使用に関する質問にお答えください。 ※ 該当するものにチェックしてください。

#### 1. これまでの造影剤使用歴

無し

有り その内容[  CT  MR  尿路造影  血管造影  その他 )]

#### 2. 造影剤の副作用歴

無し

有り その内容[  じんま疹  嘔吐  嘔気  血圧低下  その他 )]

#### 3. ぜん息の有無

無し

有り その内容[  現在治療中  治癒  小児ぜん息 ]

#### 4. アレルギー歴

無し

有り その内容[  アトピー  鼻炎  薬  食物  その他 )]

#### 5. 腎臓病の有無

無し

有り その内容[  腎不全  透析中  その他( )]

#### 6. 腎機能 (\* どちらかにチェックを入れ値を入力して下さい。)

Cr値 \_\_\_\_\_ mg/dl

eGFR \_\_\_\_\_

#### 7. 妊娠の可能性

無し

有り

8. 体 重 \_\_\_\_\_ Kg

※ 造影剤の使用、副作用についての説明  済み

### 《 造影検査同意書 》

出水総合医療センター 院長殿

○造影剤検査に際し、造影剤の必要性や副作用について十分理解した上で、これを投与されることに

同意致します。

同意致しかねます。

説明日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様 氏名 \_\_\_\_\_

(代理人)氏名 \_\_\_\_\_

説明者: \_\_\_\_\_ 医師名: \_\_\_\_\_

※: 必要事項を記入の上、当院放射線科担当職員にお渡し下さい

出水総合医療センター 放射線技術科 (TEL 0996-67-1611 内線1119) 2013.8 改訂