

MR I 造影剤使用検査を受ける患者様への説明書・同意書

MRI検査において造影剤を注射して撮影することで、より小さな病変が見つかったり、病変の様子がよく分かるようになり、診断・治療に役立ちます。使用する造影剤はガドリニウム造影剤やプリモビスト造影剤と呼ばれるものですが、他の薬剤と同様に副作用を全く無くすることは困難です。

造影剤の副作用の種類と起こりやすさは以下の通りです。

1. 軽い副作用：めまい、吐き気、かゆみ、発疹など。
2. 2%(1000人に12人)以下。基本的に治療は必要ありません。当日中にほぼ治ります。
2. 重い副作用：呼吸困難、血圧低下、咽頭浮腫、意識低下など。
頻度は極めて低く、万が一発症した場合は入院が必要になります。
3. 遅発性副作用：検査終了後1時間から数日後に、発疹、かゆみ、めまい、吐き気など。
頻度は低く特に治療の必要はありませんが、稀に治療を必要とすることがあります。その際は病院にご連絡ください。TEL:0749-35-3001

以下に該当する方は、副作用の発生する可能性が高まったり、症状が強くなるため、造影検査を行えない場合があります。下記問診にチェックをして頂き、該当がありましたら主治医にお伝え下さい。

- はい いいえ 今までに造影剤でアレルギーがあった。ヨード過敏症と言われている。
- はい いいえ 気管支喘息がある（症状があり、日常的に薬を服用、使用している）。
- はい いいえ 薬剤や食べ物によるアレルギー歴がある。〔薬・食品名 〕
- はい いいえ （女性のみ）妊娠の可能性がある。

造影剤の血管外への漏れ

造影剤を機械的に注射するため、稀に血管外に漏れることがあります。その際、腫れや痛みが生じる場合があります。多くは時間と共に体内に吸収され問題ありませんが、稀に治療が必要になる場合もあります。

以上の説明をご理解され、造影剤注射の必要性と危険性を考慮した上で検査を受けることに同意して頂ける場合には、下記の同意欄にご署名をお願いします。（患者様が未成年や意識障害がある場合は代理人）

造影剤使用検査についての必要性と副作用についての説明を受け、納得しましたので造影剤の使用に同意します。

ご署名：

代理の方は続柄：

TEL：

以下、貴院スタッフにてご記入ください

採血日： 年 月 日 検査日から3ヶ月以内の採血データを記入して下さい。

eGFR値： ml/min/1.73m² 30未満は原則禁忌※

（eGFRが不明な場合 → 血清クレアチニン値： mg/dl 1.30以上は原則禁忌※）

※医師が許可する場合にはこの限りではない

主治医確認欄（問診内容や腎機能に下記の該当がある場合、チェック印をお願いします）

- 問診に「はい」があるが、造影検査を許可します
- 腎機能値が基準を満たさないが、造影検査を許可します

主治医署名欄 以上の事項を踏まえ、造影検査を許可します

署名： _____

◆記入後、この用紙を豊郷病院までFAXをお願いします（24時間受付）FAX：0749-35-0403

この用紙は放射線科検査申込書（紹介状）にご同封ください

（公財）豊郷病院