

# 【造影MRI検査についての説明および同意書】

カルテNo : \_\_\_\_\_ 患者氏名 : \_\_\_\_\_ 様

今回患者様は造影剤という薬を静脈に注射しながら行うMRI検査(造影MRI検査)を受けていただきます。造影剤を使用することによって造影剤を使わないMRI検査に比べて、より多くの、より質の高い情報を得ることができます。造影剤は安全な薬ですがまれに副作用を起すことがあります。造影MRI検査で用いられる造影剤は、一般にX線造影剤に比べると副作用の発生頻度は低いと言われています。原則的に一般状態の極度に悪い方、気管支喘息のある方、重篤な腎障害や肝障害のある方は禁忌とされています。又、肝臓造影剤では鉄過剰症の方、出血されている方も禁忌となっています。  
主な副作用は下記のようなものです。

## 即時型 (注射直後から数分以内に生ずる副作用) 頻度 1～2%以下

ほとんどは気分が悪くなったり、嘔吐、かゆみ、ジンマシン、咳など軽いものですが、まれに冷や汗が出たり、胸がくるしくなったりすることがあります。肝臓造影剤の場合、特に腰痛、背部痛が起こることがあります。ごくまれにショックも報告されています。

## 遅発型 (数時間から10日後に生ずるまれな副作用)

頭痛、胸痛、背部痛、吐き気、発疹、発熱などです。

今までに、造影剤による症状を起こしたことがある方、腎臓が悪いと言われたことある方、ぜん息と言われたことがある方、又ご家族に前記症状を起こされた方がいらっしゃる方、貧血治療の為鉄剤を服用の方、出血傾向のある(血液凝固阻止剤を服用中も含)方、及び検査に不安がある方は早めにお申し出ください。検査中に万が一副作用が起きた場合は、医師が常に待機していて即座に対応しますので、安心して検査を受けて下さい。検査終了後から帰宅された後、上記の症状や違和感を感じられましたら遠慮なくご連絡ください。

以上のことをご理解の上、下記にご署名ください。

説 明 日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 説明担当医 : \_\_\_\_\_ (印)

福岡ハートネット病院 院長殿

私は造影MRI検査について説明を受け、質問する機会を得ました。内容を十分理解した上で検査を受けることに同意します。

同 意 日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 患者署名 : \_\_\_\_\_  
親族または  
代理者署名 : \_\_\_\_\_  
続 柄 : ( )