

造影剤の静脈注射による MRI 検査（造影 MRI）の説明書・同意書

患者氏名	様
性 別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日

検査部位	
依頼医師	
造影剤使用	可 ・ 不可

◎同意書は、貴院にてご記入ください。

1. 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか。	(ある ・ なし)
2. 検査時および検査後に発疹等、何らかの異常がありましたか。	(ある ・ なし)
ある場合、どのような症状でしたか。	(くしゃみ・吐き気・発疹・_____)
3. ぜんそく、じんま疹等のアレルギーはありますか。	(ある ・ なし)
4. クレアチニンの値を記入してください。(過去 3 ヶ月以内の値)	(_____ ml/dl)
5. 現在、妊娠または妊娠の可能性がありますか。	(ある ・ なし)

1. 造影 MRI の必要性：

MRI 検査は造影剤注射なしでも行えますが、造影 MRI（造影剤を注射して検査）では病変の検出や病気の診断に関する情報が増えます。

2. 造影 MRI の副作用と頻度：

軽度の副作用（1.5%以下）：

はき気、嘔吐、じんましん、発疹、かゆみ、咳、くしゃみ、熱感、頭痛など、殆ど検査直後で一時的なもの、極まれに数日以内に生じることもあります。(遅発性副作用)

重症の副作用（2 万人に 1 人）：

血圧低下、呼吸困難、ショックなど治療が必要になる場合があります。

腎性全身性線維症：

慢性腎不全患者（特に透析患者）に MRI 造影剤を使用すると起こることがある原因不明の多臓器繊維化性疾患です。発症頻度は不明ですが、国内での 10 例程度の報告があります。

きわめてまれですが、死亡例もあります。(83 万人に 1 人)

3. 原則禁忌：

一般状態の極度に悪い患者・気管支喘息・重篤な腎障害・重篤な肝障害

慎重投与：

アレルギー体質・薬剤過敏症・高齢者・痙攣・てんかん・妊婦・授乳婦 など

同意書

私は造影 MRI の必要性和、副作用について説明を受け理解をしましたので、造影剤の静脈注射に同意します。

年 月 日

患者氏名 _____

家族等氏名（続柄） _____