

MRI 造影剤についての説明と同意書

福岡中央病院

さま

1. MRI 造影剤について

MRI で正しい診断をするためには造影剤を用いた検査が必要なことがあります。造影剤を静脈に注入することで鮮明な画像が得られ、正確で精度の高い診断が可能となります。造影剤は安全な薬剤ですが、稀に副作用を起こすこともあります。

2. 副作用について

① 軽い副作用・・・頭痛、嘔気、嘔吐、潮紅、くしゃみ、動悸 など

このような副作用は治療を要さないか投薬や注射で回復するものです。発生率は約 1%以下（約 100 人につき 1 人以下）です。極めてまれに数日以内に生じことがあります。（遅発性副作用）

② 重い副作用・・・呼吸困難、血圧低下、肺水腫、意識消失、ショック、視覚障害、痙攣など

入院が必要になることもあります。発生率は 0.01%以下（約 10000 人につき 1 人以下）です。極めてまれですが死亡発例もあります。発生率は 0.0001%以下（約 100 万人につき 1 人以下）です。

3. 使用禁忌、要注意

以下の項目に該当する方は造影剤を使用すると副作用が発生する可能性が高いといわれています。安全に検査を行うため、該当する可能性がある場合は申告をお願いします。

【使用禁忌の方】

MRI 用造影剤に対し過敏症の既往歴のある方

推算糸球体濾過量（eGFR）が 30ml/min/1.73 m²未満の方

【注意の必要な方】

気管支喘息、重い肝障害、重い腎障害、腎機能の悪い方、鉄過敏症、妊婦、授乳中

※慎重投与となりますので主治医とよくご相談ください。

検査内容によっては、造影剤を静脈から高速注入（機械使用）する場合もあります。検査の際は十分に注意して行います。造影剤の血管外への漏れや副作用が生じた場合の準備や対策には万全を期しております。追加の処置が必要となることがあります。

また、使用した造影剤は 24 時間で 99% 体外に尿として排泄されますので、水分摂取に制限の無い方は、腎保護のため検査終了後、十分に水分を摂取して下さい。妊婦の方に関しては、造影剤の投与の胎児への安全性は確立されていません。また、授乳中の場合は検査終了後から 48 時間は授乳する事を制限して下さい。

(以下、続く)

以上、造影 MRI 検査についての説明をしました。拒否することもできますし、拒否することで不利益を受けることはありません。同意・不同意はいつでも変更できます。
不安や疑問がありましたら、いつでも医師やその他スタッフにお尋ね下さい。

説明日 年 月 日

説明を行った医師（署名または押印）

病院側同席者の署名（署名または記名押印）

* * * * * 下記のいずれかを選び (☑)、署名または記名押印をお願いします。 * * * * *

福岡中央病院長 殿

上記についての説明を受け、質問の機会を得ました。この説明により、造影 MRI 検査について理解できましたので、

同意します。

同意しません。

年 月 日

患者の氏名（署名または記名押印）

代理人の氏名（署名または記名押印）

※患者の署名がある場合には代理人は不要

続柄

患者同席者の氏名（署名または記名押印）

続柄

(以下、続く)

MRI 検査についての説明文書

福岡中央病院

さま

1. 検査予定日

年 月 日

午前／午後 : 開始

検査開始時間の 45 分前までにお越しください。
検査時間は、説明・更衣を合わせて約 1 時間です。

2. 飲食制限は、口ありません。

あります。() 以降は飲食をしないでください。

3. MRI 検査について

MRI 検査は高磁場の中で電磁波を使用して撮影を行う機器です。

そのため、体内に精密機器（※例 1）を装着している場合は、人体に重大な影響が起こる可能性があるため、MRI 検査を受けることができない場合があります。また、MRI 検査が可能であったとしても、撮影時に対応が必要な場合や診断画像に影響がある場合がありますので当院のスタッフに申告をお願いします。

(例 1)

- | | | | |
|-------------|--------------------------|-------------------|----------|
| ・ペースメーカー | ・埋め込み型除細動器 | ・神経刺激装置 | ・人工内耳 |
| ・脳室（VP）シャント | ・脳動脈クリップ | ・人工心臓弁 | ・人工骨頭・関節 |
| ・内視鏡止血クリップ | ・血管内ステント（手術後 6 週間経過後は可能） | ・コイル | |
| ・避妊リング | ・乳房拡張器 | ・妊娠、または妊娠の可能性のある方 | |

4. MRI 検査の前に確認していただく物

検査当日、検査担当者が検査前に以下の物（※例 2）を身につけていないか確認を行います。

万が一、撮影室内に持ち込んだ場合、発熱や火傷など身体への影響が起きる場合や、持ち込んだ物が破損する可能性がありますので、検査当日はできるだけ身に着けずにお越しください。

※万一、これらの物を身につけて破損した場合の責任は負いかねますのでご注意ください。

(例 2)

- | | | | |
|----------|---------|------------------------|----------------|
| ・時計 | ・指輪 | ・ネックレス | ・イヤリング |
| ・ヘアピン | ・カツラ | ・増毛パウダー | ・メガネ |
| ・義眼 | ・入れ歯 | ・携帯電話 | ・カラーコンタクトレンズ |
| ・補聴器 | ・ベルト | ・化粧品 | ・ネイルアート |
| ・貼り薬 | ・入れ墨 | ・ホッカイロ | ・連続血糖測定器（リブレ等） |
| ・ブラジャー | ・ヒートテック | ・ボディースーツ | ・ファスナー付きの衣類 |
| ・パワーアンクル | ・財布 | ・磁気カード（例：クレジット、IC カード） | |

(以下、続く)

MRI 検査問診票

福岡中央病院

下記項目について【あり・なし】の該当する方に、丸（○）をつけてください。

確認事項

1. 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器	あり	なし
ありの場合 ※依頼医は患者名と撮影日時の連絡を①循環器医師と ②MR検査室（内線159）に連絡をお願いします （当院のMR装置で撮影が可能か確認が必要です）		
2. 体内の金属類	あり	なし
例　・脳室（VP）シャント　・人工内耳　・神経刺激装置 ・脳動脈クリップ　　・人工骨頭　・人工関節 ・血管内フィルター　・ステント　・コイル ・人工心臓弁　　・避妊リング　・乳房拡張器		
→『あり』の場合は詳細の記入をお願いします （※血管系の手術後、6週間経過後は可能）		
(　　年) (内容)		
3. 入れ墨（アートメイクも含む）	あり	なし
4. 閉所恐怖症	あり	なし
5. 妊娠中、あるいは妊娠の可能性	あり	なし

普段身に付いている物があればチェックして、スタッフにご確認をお願いします

<input type="checkbox"/>	カツラ	<input type="checkbox"/>	補聴器	<input type="checkbox"/>	増毛パウダー	<input type="checkbox"/>	カラーコンタクト
<input type="checkbox"/>	ピアス	<input type="checkbox"/>	義眼	<input type="checkbox"/>	インプラント	<input type="checkbox"/>	歯科矯正器具
<input type="checkbox"/>	入れ歯	<input type="checkbox"/>	ネイルアート	<input type="checkbox"/>	貼り薬（ニトロダーム・ニコチネルなど）		
<input type="checkbox"/>	連続血糖測定器（FreeStyleリブレ、テルモDexcom G6など）						

検査室内には持ち込めません（例）

（検査当日はできるだけ身に着けずお越しください）

時計	ヘアピン	眼鏡	ヒートテック類
携帯電話	ホッカイロ	貴金属類	金具付きの衣類や下着
財布	温冷湿布類	磁気カード（例：クレジット、ICカードなど）	

以上の項目について確認をしました

記入日 年 月 日

患者または代理人（署名）