

## MRI用造影剤を使用する検査に関する説明書・同意書

様 (ID: \_\_\_\_\_ )

あなたが受ける検査ではガドリニウム系造影剤という薬剤を使用します。あなたの病気を診断するために、この造影剤を使った方がより詳しく病気の情報を得ることができ診断の精度が高くなりますが、ガドリニウム系造影剤も他の薬剤と同様に稀に副作用を起こすことがあります。

- (1) 軽度の副作用:吐き気、嘔吐、じんましん、かゆみなどが100人に1人の確率で起こることがあります。
- (2) 重篤な副作用:呼吸困難、血圧低下、ショック、意識低下、心停止・死亡などは10万人に数人の確率です。
- (3) 副作用の起こる確率の高い人:以前にヨード系造影剤か、ガドリニウム系造影剤で副作用がでたことのある人、気管支喘息やアレルギー体質の人などは、一般の人よりも高い確率で起こる可能性があります。
- (4) 腎臓の悪い人は造影剤の排泄遅延が起こったり、腎機能を悪くすることがあります。
- (5) 遅発性副作用:副作用の多くは検査中および検査直後にみられるものがほとんどですが、ごく稀に検査終了後数時間から10日ぐらいの間に起こることもあります。  
(発疹、かゆみ、むくみ、吐き気、咳、動悸、脱力、めまいなど)

もし副作用が起こった場合には、当院で迅速に適切な対処をいたします。

以上の説明に納得していただけたら、下記の同意書にご署名下さい。なお、さらにご質問がある方は遠慮なさらずにお尋ね下さい。

- ◆ 署名された後であっても、随時これを撤回できる自由があり、撤回することにより何等の不利益を受けることはありません。

説明日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 説明医(自署) \_\_\_\_\_

私は今回の検査に際し造影剤の投与を受けることに同意します。また予期せぬ緊急処置の必要性が生じた場合には必要とされる処置を受けることにも同意します。

同意日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 患者氏名 \_\_\_\_\_

家族または代理人氏名 \_\_\_\_\_

患者との続柄( \_\_\_\_\_ )

造影剤使用に際しての問診票 検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 分

①以前にMRI用造影剤を使ったことがありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
②そのとき副作用がありましたか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(原則禁忌) *
	( _____ 年頃) 記載: _____
③気管支喘息はありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(原則禁忌) *
④その他のアレルギーはありますか? (薬剤・金属・食物アレルギー・ヨード造影剤アレルギー・家族のアレルギーなど)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 記載: _____
⑤腎機能低下・腎不全などありますか? ※長期透析患者・終末期腎障害・非透析慢性腎不全・急性腎不全・eGFR30未満は放射線科医にご相談ください	<input type="checkbox"/> eGFR 60以上 <input type="checkbox"/> eGFR 59-46 <input type="checkbox"/> eGFR 45-30 <input type="checkbox"/> eGFR30未満 (原則禁忌)*
⑥現在β遮断薬を使用していますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
⑦その他なにかあればお書き下さい。	

注: \*に該当する人は、原則として造影は行えません。やむを得ず造影剤を必要とする際は当該科部長と放射線科部長の合意が必要です。