

MR I 検査における造影剤使用に関する説明書

検査当日、あなたが受ける検査では、造影剤という検査薬を使用いたします。

造影剤を用いることにより、病気の状態がより正確に把握でき、今後の治療に役立てることが出来ます。

安全な薬ですが、まれに副作用を生じることがありますので、以下の項目をよくお読みになった後に、ご不明な点を主治医に質問し、納得されましたら同意書に署名をお願いいたします。

1、造影剤とは？

詳しい画像情報を得るための検査用薬剤です。通常、静脈注射で行います。

MR I 用の造影剤は、ガドリニウム製剤です。

2、造影剤で副作用が生じる危険が高い状態

MR I 用の造影剤の場合、アレルギー体質や気管支喘息の方は副作用を生じる可能性が2倍高いと言われています。

また、以前に造影剤で具合が悪くなった方も副作用が生じる可能性が高いと言われています。

重い腎臓病のある方では、造影剤の排出が遅れ、体内に長く残る可能性があります。

次に該当する方は、造影検査の前に主治医とご相談ください。

- ① 以前にMR I 用またはMR I 用の造影剤で具合が悪くなったことがある。
- ② 気管支喘息（小児喘息）やアレルギー体質と診断されている、または診断されたことがある。
- ③ 重い腎臓の機能低下がある、あるいは腎臓の病気があると診断されている。
(eGFR45ml/分以下は造影MR I 検査は禁忌)
- ④ 妊娠中である、若しくは妊娠の可能性がある。(胎児への影響がわかっていないため。)
- ⑤ 授乳中である。(造影剤使用後 48 時間は、授乳を避けて下さい。)

3、造影剤の副作用

・MR I 用造影剤（ガドリニウム製剤）の副作用には次のようなものがあります。

- 1) 軽い副作用（約 100 人に 1 人程度 : 1%程度）
嘔気、嘔吐、熱感、動悸、頭痛、かゆみ、発疹など。基本的には治療を要しません。
- 2) 重い副作用（約 1 万人に 5 人程度 : 0.05%程度）
呼吸困難、血圧低下、意識障害など。通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。
- 3) 他の薬剤と同様に、ごくまれに死亡例の報告がありますが、当院ではそのような事例はありません。
(約 100 万人に 1 人程度 : 0.0001%程度)

*なお、勢いよく造影剤を注入する場合には、血管外に造影剤がもれる場合があります。この場合には、注射部位が腫れて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば吸収されますので、心配ありません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置を要することもあります。非常にまれです。

4、検査前の絶食について

造影検査を行なうに当たり、検査前 3 時間以内の食事は控え下さい。また、水分においては、水やお茶類は構いませんが、牛乳などの乳製品飲料はおやめ下さい。

5、一度承諾した後、造影剤検査を受けたくなくなった場合

今後、造影MR I 検査をあなたにお勧めする場合、造影剤使用に関するそのたび毎の書面によるご説明は、行わない場合もあります。しかし、あなたは一度承諾した後も、検査前に造影剤の使用に関する承諾を取り消すことが出来ます。

その場合、検査の診断内容が低下する可能性はありますが、造影剤を用いない検査を受けることが可能ですので、あらかじめ検査前に主治医にご相談下さい。

また、承諾したにもかかわらず検査当日になって、体調の変化などで造影検査を取り消す場合には、MR I 検査室のスタッフにご相談下さい。

6、緊急時の対応

検査中は、MR I 検査室には常に看護師と診療放射線技師がおり、万が一副作用が生じた場合には院内医師が迅速に対処いたします。また、検査終了後数時間～数日後に先に述べたような症状や、何らかの異常が現れた場合には、下記にある連絡先までご連絡下さい。

MR I 検査における造影剤使用に関する問診票

いくつかの質問をさせていただきますので、当てはまる箇所にレ印を入れてください。また、“あり”を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉をお書きください。

- 1、造影剤を使用するに当たり、あなたの体重を教えてください。 _____ Kg
- 2、今までにMR I 検査をお受けになったことがありますか？ なし□ あり□
- 3、今までに造影剤を使用したことがありますか？ なし□ あり□
どのような検査を受けられましたか？
(CT MRI 尿路造影 心臓カテーテル その他)
- 4、その時、副作用はありましたか？ なし□ あり□
どのような副作用でしたか？ (発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 その他)
いつ頃お使いになりましたか？ (頃)
使用した造影剤名はわかりますか？ (名称 : , 分からない)
- 5、アレルギー体質、アレルギーの病気がありますか？ (蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 鼻炎 その他)
どのようなアレルギーですか？ (名称 : , 薬剤アレルギーなし)
薬のアレルギー (名称 : , 食物アレルギーなし)
食べ物 なし□ あり□
- 6、今までに気管支喘息と言われたことがありますか？ (頃)
いつ頃言われましたか？ なし□ あり□
- 7、今までに腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか？ なし□ あり□
いつ頃言われましたか？ (頃)

血清クレアチニン値 (mg/dl)	検査日	年	月	日
e G F R (ml /分)				

- 8、甲状腺機能亢進症や糖尿病がありますか？ なし□ あり□
- 9、心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか？ なし□ あり□
- 10、体内に金属がありますか？ なし□ あり□
・脳動脈クリップ ・人工心臓弁 ・人工骨頭 ・その他 ()
いつ頃入れましたか？ (頃)
- 11、経皮吸収貼付剤 (デロップ・ニロゲーム・ニコチル) を貼っていますか？ なし□ あり□
- 12、現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ なし□ あり□
※授乳中の方は、48 時間は授乳を避けて下さい。
- 13、乳腺MR I を受けられる方 (最終月経 年 月 日)

*なお、この問診票/同意書は、検査当日にお持ちになってください。

また、放射線科医師の判断で造影剤を使用しない場合がありますので、ご了承ください。

済生会神奈川病院院長 殿

造影MR I 検査における同意書

私は、検査説明書に記載されている内容について医師から十分な説明を受け、造影剤による利点と起こりうる合併症・副作用をよく理解し了承いたしました。よって造影剤を使用したMR I 検査の実施に同意いたします。

(同意された場合でも、いつでも撤回することが出来ます。)

また、放射線科医の判断で造影剤使用を中止する場合がありますことにも同意いたします。

検査予定日 : 年 月 日

同意書記載日 : 年 月 日

検査依頼 (説明) 医師 : 署名 _____ (印)

患者本人または代理人 (続柄) : 署名 _____ (印)