

## MRI 検査（造影なし・あり）説明書及び同意書

MRI 検査は強力な磁石と電磁波を使用して身体の断層像を撮影する検査で病気の診断に非常に有効な検査です。しかし、強力な磁石でできたトンネルの中に入るため金属製の物や電子機器が体についていると危険な場合があります。以下については特に注意が必要です。

1. 心臓ペースメーカーや人工内耳等が装着されている場合は、誤作動や破損の恐れがあり検査はできません。
2. 脳動脈瘤クリップ、人工心臓弁、ステント等は、留置の時期や材質により検査ができない場合があります。
3. 心臓の貼り薬や刺青があるとやけどを起こすことがあります。

また、今回の検査は、ガドリニウム造影剤（以下造影剤）を静脈から注射し検査を行います。造影剤は、病気の有無や性質・範囲及び治療の効果を正確に評価するために用いられる大変有効な薬剤です。ただし、造影剤によるアレルギーや腎臓機能障害等がある方は検査ができない場合があります。

### 【ガドリニウム造影剤の副作用について】

基本的に安全な薬剤と言われていますが、以下の副作用が生じることが知られています。

- 1) 軽い副作用：吐き気・動悸・かゆみ・くしゃみ・発疹など  
基本的に治療を必要としません。
- 2) 重篤な副作用：血圧低下・呼吸困難・意識消失・腎機能低下・アナフィラキシー様など  
発生する頻度は、1.9万人に1人（0.005%）とわずかですが、入院治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。
- 3) 副作用に起因する死亡例  
極めて稀ですが、病状・体質によって死に至る場合があります、発生する頻度は、83万人に1人（0.00012%）です。
- 4) 遅発性副作用について  
ごく稀に注入から数時間～数日以内に発生する遅発型副作用として、発疹・かゆみなどが出現する可能性があります。その際には、外来もしくは病棟担当医までご連絡下さい。

### 【副作用発生時の対応について】

造影検査中は、医師・看護師・診療放射線技師が常に観察しており、何か異常が現れた場合にはすぐに造影を中止し、医師が適切な対処を致します。

\*安全に検査を受けていただくために、問診票に正確にお答えいただき、検査についてご理解の上、下記の同意書にご記入ください。

### 【膀胱の検査を受けられる方へ】

蓄尿のため検査2時間前から排尿はしないでください。

## 同意書

医療機関名

説明日 令和 年 月 日 説明医師名

私はMRI検査（造影剤）に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解しました。MRI検査を受けることに同意します。

\*同意された後でも撤回できます。いつでもお申し出ください。

令和 年 月 日

患者様署名

代理人署名

続柄

国立病院機構 盛岡医療センター 令和2年12月3日

# MRI検査（造影なし・あり）問診票

\* 造影なしの場合は太枠部分のみで結構です

該当するものを○で囲み、（ ）の中へ具体的な言葉をお書きください。

次の金属の植込みがありますか。 心臓ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 ・ 人工内耳	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
次の金属の手術等により植込みや使用がありますか。 義眼 ・ ステンツ ・ 脳動脈瘤クリップ ・ 血管グラフト 心臓人工弁 ・ 静脈フィルター ・ 人工関節 ・ 脳室シャント その他（ ） いつ頃入れましたか。（ 年前）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記以外に体内に金属が入っていますか。 （ 部位： 物： ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯科治療により歯科医からMRI検査の制限はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
貼り薬（心臓等）や刺青やアートメイク（眉毛等）はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
コンタクトレンズは着けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
狭い所に入って気分が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在妊娠していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その時（帰宅後も含め）副作用がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記で『はい』と答えた方は副作用の症状を書いて下さい。 （ ）	
患者様ご本人にアレルギー性の病気や体質がありますか。 （気管支喘息 アレルギー性鼻炎 ヨード過敏症 その他 ） その他の場合（ ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ご親族ご家族などの血縁者にアレルギー性の病気や体質がありますか。 （気管支喘息 アレルギー性鼻炎 ヨード過敏症 その他 ） その他の場合（ ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
腎臓の病気あるいは機能が悪いといわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
心臓の薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在の体重を教えてください。（ ） k g	

— 医師記入欄 — （造影ありの場合）

eGFR(血清クレアチニン)の値は正常範囲ですか。  はい (値: )  いいえ

婦人科の検査の場合ブスコパンは使用可能ですか。  はい  いいえ

確認医師名 \_\_\_\_\_