

発行日  
フリガナ |  
患者氏名 |

患者 ID  
生年月日 |  
様 年齢性別 | /

## 説明文書 M R I 造影剤に関する説明

患者様用

下記の説明をよく読み、造影剤を使用する目的（メリット）と副作用（デメリット）を十分に理解した上で造影剤使用についての同意書に署名してください

- 同意書の署名が困難な方、自ら判断が難しい方、未成年者の場合等は代諾者が署名してください。
- 同意が確認されるまで造影剤は使用いたしません。
- 検査前であれば同意はいつでも撤回することができます。

### 使用目的

- 造影剤とは、身体組織の濃淡を強調することで、より正確な画像診断を行うための薬剤です。
- 具体的には、病変の検出率向上や、性質をより詳しく診断することが可能になります。
- また、血管や臓器または病変部位の血流・特徴が観察できるようになります。
- 病気の種類によっては造影剤を使わないと見つけられない場合もあります。

### 副作用

- 造影剤の安全性は確立されていますが、あらゆる薬剤と同様に副作用が起こる可能性があります。
- 今まで副作用がなかった方でも起こる可能性があります。
- 副作用の症状は様々で皮疹などの軽症から、アナフィラキシーショックや呼吸困難などの重篤なもの、極々まれに死に至ることも報告されていますが、重篤な症状ほど発症頻度は低確率になる傾向があります。
- 副作用発現時は適切な処置を受けることにも同意していただきます。
- 万が一重篤な副作用が起こったときは、病院全体で迅速に対処する体制を整えています。
- まれに造影剤が血管の外に漏れ、痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤は時間と共に吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になります。

### 使用後の注意点

- 多くの場合、副作用は投与後 5 分以内に発現しますが、1 時間から数日後にも発現する可能性があります。
- 造影剤使用后、発赤、じんま疹、嘔気、血圧低下、頭痛などの症状出現時は当院に連絡下さい。
- 体内の造影剤は約 24 時間で尿などと一緒に体外へ排泄されるため、いつもより多めに水分補給をお願いします。
- 水分制限されている方は主治医の指示に従ってください。

	主な副作用 頻度と症状
1%未満	発疹 潮紅 じんま疹 頭痛
	嘔吐 口内乾燥 血圧上昇 頻脈 熱感 注射部位反応
頻度不明	ショック アナフィラキシー 痙攣発作 腎性全身性線維症

### 特に注意が必要な方

- 気管支喘息のある方はない方に比べて約 10 倍、心臓の病気のある方はない方に比べて約 3 倍、過去に造影剤の副作用歴がある方はない方に比べて約 5 倍 副作用が起こりやすいことが知られています。

#### SPIO 造影検査の方のみ

- 鉄剤・鉄にアレルギー・過敏症のある方は造影剤（リゾビスト®）を使用できません。
- 貧血治療中や抗血小板薬、血液凝固阻止剤など使用中の方は主治医にご相談ください。

#### 妊娠中 または 授乳中の方

- 主治医と検査についてよく相談したうえで造影剤の使用に同意してください。
- 特別な理由がない限り、造影剤使用後の授乳制限は必要ありません。



社会福祉法人

恩賜財団 済生会新潟県央基幹病院

TEL(代) 0256 - 47 - 4700

2024 年 3 月 第 1 版

発行日

患者ID

## ガドリニウム造影剤使用についての同意書

フリガナ |

生年月日 |

患者氏名 |

年齢 / 性別 |

## 問 診 票

問 診 者 名

体重 \_\_\_\_\_ kg

eGFR \_\_\_\_\_  
mL/min/1.73m<sup>2</sup>

採血日

20

月 日

これまでに造影剤を使った検査を受けたことはありますか？

CT 血管造影 MRI その他 ( )はい いいえ

これまでに造影剤を使った検査で具合が悪くなったことはありますか？

検査( ) 症状( )

はい いいえ

薬、食物などでアレルギー症状を起こしたことはありますか？

原因( ) テープかぶれ 花粉症症状( ) 酒精綿はい いいえ

以下の病気にかかったことがありますか？

腎臓病 てんかん 薬物過敏症 **慎重投与** 気管支喘息 **原則禁忌**はい いいえ

↳ 「はい」と答えた方で、現在治療を受けていますか？

はい いいえ

私は、造影剤の使用について必要性、危険性および合併症などについて説明いたしました。以上の問診・診察の結果、造影剤の使用を許可します。

医 師 署 名

## 済生会新潟県中央基幹病院 病院長 殿

私は、今回の検査で造影剤を使用することについて理解し、これを使用することに同意します。

また、この医療行為に必要な処置および制約、副作用発現時には必要な処置を受けることに同意します。

なお、検査前であればこの同意書をいつでも撤回できることを理解しています。

20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人 または 代諾者 署名 \_\_\_\_\_

代諾者のみ

続柄 \_\_\_\_\_

## MRI 事前問診表

フリガナ |

生年月日 |

患者氏名 |

年齢 / 性別 |

各項目 どちらかに  チェック 入力してください

体重

kg

確認者  
署名

## 体内

あり なし

心臓ペースメーカー・ICD等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工内耳・人工中耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓人工弁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
金属製の義眼底	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳動脈瘤クリッピング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ステント, コイル等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ステントグラフト, IVCフィルタ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整形外科系インプラント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水頭症シャントバルブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体内埋込式ポンプ, 神経刺激装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内視鏡クリップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
管腔内デバイス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 職業

あり なし

金属加工に従事していた経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------------------

## 体外※

あり なし

金属含有貼り付け剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血糖値測定器 リブレ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
バルーン, ドレーンバッグ等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎瘻カテ, 腹膜透析チューブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
針(金属・鍼灸など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭髪用パウダー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ジェルネイル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ラメ入りメイク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カラーコンタクト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入れ墨・タトゥー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 検査時に外せるものは外して来てください

## 恐怖症

あり なし

閉所恐怖症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
騒音恐怖症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 女性のみ

あり なし

妊娠中 <small>または</small> 妊娠している可能性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

該当する項目がある場合、撮影可能か事前にお問い合わせください。

お問い合わせ先 MRI室 内線 2744