

# ①造影MRI検査（1/2）

# 造影剤使用に関する説明

今回実施する検査では、より詳細な情報を得るためガドリニウム製剤という薬剤を使用します。当院では検査を安全に行うため事前に説明を行い、既往歴の確認をさせていただきます。以下の項目をよくお読みになった後に、納得いただけましたら同意書に署名をお願いします。また同意された後でも撤回することができますので、お申し出ください。

## 【造影剤を使用する必要性】

造影剤投与により、小さな病変や正常部位との差がほとんどない病変も明瞭に描出され、より正確な診断が可能となります。

## 【造影剤を使用するにあたり注意が必要な方】

以下の方は、造影剤を使用するにあたり注意が必要です。このような方は必ず担当医に申し出てください。

注意が必要な方	造影検査で副作用が出たことのある方。
	気管支ぜんそくやアレルギーのある方。 <u>現在ぜんそく治療中の方は造影剤禁忌です。</u>
	<u>重度の基礎疾患（心臓・腎臓・呼吸器）がある方は造影剤禁忌です。</u>

## 【造影剤の副作用と危険性】

造影剤は比較的安全な薬剤ですが、場合によっては次のような副作用を起こすことがあります。

軽い症状	症状：吐き気・嘔吐・じんましん・頭痛・咳・くしゃみ等。 頻度：100人に2人程度 2%未満。
重い症状	症状：まれにショックやアナフィラキシー様の反応（血圧低下や呼吸困難など）が生じる事があります。 頻度：2万人に1人程度 0.005%未満。
その他	症状・体質によっては非常に稀ですが、約100万人に1人の割合で死亡する場合があります。

## 【造影剤の血管外漏出・注射漏れ】

造影剤の注入に関しては細心の注意をもって実施していますが、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合、注射部が腫れて痛みを伴うことがありますが、通常は時間がたてば自然に吸収されます。

## 【副作用発生時の対応】

副作用がいつ発生するかを事前に把握することはできません。当院では副作用が出現した場合には、迅速に対応できる準備と体制を整えて検査をしています。もし検査中に異常を感じましたら、ためらわずすぐに検査担当者にお知らせください。

副作用の発生を防ぐために検査終了後は、造影剤を体外に排泄させるために十分な水分摂取を心がけてください。検査後数時間から数日経過してから発疹・吐き気・かゆみなど遅発性の副作用が出ることが稀にあります。症状出現時には東御市民病院（TEL：0268-62-0050）または検査依頼元主治医へご連絡ください。

## 【検査前の食事・お薬の注意】 \* 食事・内服薬についてご指示ください

食 事	● 造影検査当日の	<input type="checkbox"/>	朝 食	は食べないでください。水分は水・お湯のみ可能です。
		<input type="checkbox"/>	昼 食	
内服薬	● 血圧、心臓、脳の内服薬は水で服用してください。 ● 糖尿病の方は、当日のお食事・お薬については主治医にご相談ください。			

（お願い）説明後、この用紙①を患者様にお渡しください

## ②造影MRI検査 (2/2)

## 造影剤使用に関する問診票・同意書

●安全に検査を受けていただくために太枠内の必要事項をもれなく記入してください●

造影剤使用に関する問診票	①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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 検査の種類は？ (CT・MRI・その他)
	※上記で「はい」と答えられた方へ その時、帰宅後も含め異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 症状は？ (吐き気・嘔吐・かゆみ・湿疹・呼吸困難・意識消失・血圧低下・その他)
	②気管支喘息 (ぜんそく) と診断されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ いつ頃ですか？ ( ) ⇒ 現在治療中ですか？ ( <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい )
	③気管支喘息 (ぜんそく) 以外で今までに薬や食べ物などでアレルギーが出たことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 具体的な症状、またアレルギーが出たものは何ですか？ ( )
	④アトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎、花粉症などはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 病名は？ ( )
	⑤これまでに心臓・腎臓・呼吸器の病気や機能が悪いといわれたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 病名は？ ( )
	⑥体重を教えてください (造影剤使用量目安) 体重 ( ) k g
⑦女性の方へ 現在妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中である	
検査同意書	造影剤使用の必要性と造影剤投与により起こり得る合併症・副作用に関して説明しました。
	説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 依頼医師 氏名： _____ <span style="float: right;">(印) 必ず捺印をお願いします</span>
	私は、ヨード造影剤に関して、十分な説明を受け、理解しましたので、ヨード造影剤の使用に同意します。 東御市民病院 病院管理者 殿 * 代理人 (続柄： _____ ) 署名日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者本人 署名： _____

(お願い) この用紙②をFAX、及び依頼票に添えて同封、コピーを依頼元様で保管してください

● 下記は東御市民病院処理欄のため記入しないでください●

患者番号

病院処理欄	造影剤使用の必要性と造影剤投与により起こり得る合併症・副作用に関して説明しました。
	説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 依頼医師 氏名： _____ <span style="float: right;">(印) 必ず捺印をお願いします</span>
	私は、ヨード造影剤に関して、十分な説明を受け、理解しましたので、ヨード造影剤の使用に同意します。 東御市民病院 病院管理者 殿 * 代理人 (続柄： _____ ) 署名日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者本人 署名： _____



東御市民病院

長野県東御市鞍掛198 (代表) 0268-62-0050

放射線科  
お問合せ

予約：0268-62-0572  
FAX：0268-63-0320