

MRI造影剤使用に関する検査説明及び同意書

患者番号:

年 月 日 検査分

患者氏名: _____ 様

説明年月日 : 年 月 日 説明医師署名: _____

立会者: (職種 _____)

【造影剤についての説明】

今回実施するMRI検査は、“造影剤（ガドリニウム製剤）”という薬剤の注射をすることがあります。造影剤はMRI検査で病気の有無や性質、範囲といったことをより正確に評価するために用いられるものです。造影剤を使用するかどうかは検査の部位や目的によってさまざまで、検査に応じて専門の放射線科医師が判断致します。

造影剤を使用するとまれに副作用が起こることがあります。副作用の種類は次のようなものです。

1. 軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹などで、これらは治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で回復するものです。このような確率は、約100人につき1人以下、つまり1%以下です。
2. 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は通常は入院の上治療が必要で場合によっては後遺症が残る可能性があります。このような確率は、約1万人につき5人以下、つまり0.05%以下です。
3. 病状・体質によっては約100万人につき1人の割合（0.0001%）で死亡する場合があります。
4. 造影剤を注射する時には、まれに造影剤が血管外にもれることがあります。基本的には時間がたてば吸収されるので心配ありません。非常にまれですが、もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要になることもあります。

当院では、万一の副作用に対して対応出来るように体制を整えて検査を行っております。もし異常を感じた場合、ためらわずにすぐにおっしゃって下さい。

必要に応じて造影剤を使用します。次の質問に答えてください。

- ・ 今までに、造影剤（注射／点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？
 なし あり : MRI検査、CT検査、血管造影、胆のう検査、腎臓検査、その他 (_____)
- ・ あると答えられた方へ、そのとき副作用はありましたか？
 なし あり : じんま疹、吐き気、嘔吐、その他 (_____)
- ・ アレルギー体質や、アレルギー性の病気がありますか？
 なし あり : 喘息、アレルギー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、その他 (_____)
薬剤 (_____) 食物 (_____)
- ・ 家族に、アレルギーの方はいらっしゃいませんか？
 いない いる (_____)
- ・ 女性の方のみお答えください
妊娠の有無 なし あり わからない 授乳中

造影検査日より3ヶ月以内のeGFR= (月 日) 18歳未満は身長 () Cr () 記載

市立大村市民病院 病院長殿

上記の説明により必要な場合には造影剤を使用した検査を受けることについて理解できましたので、これを受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

記入日: 年 月 日

患者 (自署) _____

同席者 (自署) _____ (患者の _____)

署名確認後、複写を御本人もしくは代理人の方にお渡しください

市立大村市民病院 2026.03