

MRI 検査(造影剤投与)を受けられる方(御家族)に

【目的】

今回実施する MRI 検査では、より詳細な情報を得るために、造影剤という検査薬を使用します。

【方法】

造影剤とはガドリニウムキレートを主成分とする液体で、血管内や病変部に分布する性質を持っており、病変部を染めて判別しやすくし、血管の様子、病気の広がりを正確に評価するのに役立ちます。MRI 検査の際の造影剤は通常、静脈からの注射で行います。

造影剤は通常は投与後 6 時間で投与量の約 80%、24 時間では 90~99% が腎臓から尿として体外へ排泄され、最終的には体内には全く残りません。

【合併症】

1) 造影剤の安全性は確立されていますが、まれに副作用が起こることがあります。

軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・くしゃみ・発疹などです。その発生頻度は 1.21% です。これらの症状は自然に軽快していくことがありますが、症状の程度により薬による治療を行うことがあります。

重い副作用：呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。その発生頻度は 1000 人につき 1 人 (0.1%) です。その症状に応じて適切な対応をいたします。病状・体質によっては非常にまれですが約 100~200 万人に 1 人の割合 (0.00005%~0.0001%) で死亡する場合があります。

2) 副作用の出やすい体质や病気があります。アレルギー体质の方は、副作用が生じる可能性が約 3 倍多いといわれます。特に気管支喘息の方では副作用の発生頻度は約 10 倍といわれます。また腎機能障害がある方が造影剤を使うとさらに悪化することがあります。

3) 臓器や病変を鮮明に写し出すために、造影剤の注入は通常より急速に行うことがあります。そのため血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。通常、自然に腫れは吸収され消失しますが、もれた量が多い場合は処置が必要になる場合があります。

万が一、合併症・偶発症が起きた際はそれに対する最善の処置、治療を行います。入院や入院期間の延長、緊急の処置、手術が必要となることがあります、その際の経費は原則として患者様のご負担になりますので、あらかじめご承知おき下さい。

以上、説明に納得された方は同意書にご署名下さい。

ご承諾が得られない場合には造影剤を使用しない MRI 検査を行うことになります。また、同意書を提出された後でも造影検査を中止することはできますので、いつでもお申し出下さい。

なお、ご不明な点、ご質問がありましたら、主治医または看護師にお尋ね下さい。

《MRI(磁気共鳴画像診断)検査とは》

強い磁場(磁石)を利用して体内臓器を画像診断する検査です。

- ◇ 今回ご予約の検査は、造影剤を使用します。
 - 午前に検査を受けられる方は朝食を摂らないで下さい。
 - 午後に検査を受けられる方は朝食を軽く摂られ昼食は摂らないで下さい。
- ◇ 普段飲んでいるお薬(血圧の薬、心臓の薬など)は普段通り服用して下さい。
- ◇ 検査時間は約30~60分程度です。

《検査上の注意点とお願い》

- ・ 心臓ペースメーカー、人工内耳を使用している方は検査を受けることができません。
- ・ 妊娠初期(3ヶ月未満)のMRI検査は望ましくないとされています。
- ・ 刺青をされている方はやけどや変色の可能性があります。
※ 上記のような患者様で検査の申し込みを行ってしまった場合は、織本病院に必ずご連絡下さい。
- ・ 狹い所が苦手な方(閉所恐怖症)や、痛みなどのために安静が困難な方は検査前に担当者とご相談下さい。
- ・ MRI検査は磁石を利用しているので、金属類、磁気カード類は検査室に持ち込めません。また検査する部位によっては検査着への着替えが必要です。
- ・ 補聴器、磁気装着式の入れ歯(磁力で入れ歯を固定する方式)は、破損する恐れがあります。
- ・ アイシャドウ、アイライン(ブルー系)はやけどの危険がありますのでなきらないようお願いします。
※ 安全のため、詳しくは検査直前に担当者からご説明しチェック票の記入を行っています。

《検査中》

- ・ MRI検査中は工事現場のような大きな音がします。静音化された装置以外では耳栓、ヘッドホンを装着して検査をさせていただきますが、騒音を完全に防げるものではありません。ご理解、ご協力をお願いします。
- ・ 検査室内では担当技師、医師の指示に従って下さい。
- ・ 検査に関する疑問、不安などご遠慮なくお尋ね下さい。

【患者様へ】

- ・ 検査に遅れる場合や来院できない場合は、あらかじめご連絡下さい。
- ・ 予約時間の15分前にはお越しになり、1階窓口にて受付を済ませて下さい。
- ・ 容体が悪く緊急にMRIの検査が必要な患者様が優先となる場合があります。その場合、検査開始時間が遅れることがあります。あらかじめご了承下さい。
- ・ 他の検査がある方は、その検査の注意事項にも従って下さい。

※ 検査にかかる時間は症状や疾患によって異なります。

※ 予約日、予約時間の変更やお問い合わせにつきましては下記までご連絡ください。

医療法人財団 織本病院

東京都清瀬市旭が丘 1-261

電話 042-491-2121(代表)

同 意 書

織本病院 病院長殿

私は、織本病院における **MRI(造影)検査** について、医師から充分な説明を受け、よく理解し納得いたしましたので、診療を受けることに同意いたします。

また診療実施中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも承諾同意いたします。

その費用も負担することを承諾同意いたします。

年 月 日

患者氏名 _____ 印
住 所 _____
電 話 _____

親族または理解補助者（親権者・父母・配偶者・兄弟姉妹・保護義務者・法定代理人など）
(患者が未成年である場合は必須)

氏 名 _____ 印 (続柄 :)
住 所 _____
電 話 _____

注：提出された同意書は、診療前にいつでも撤回できますのでお申し出下さい。
その場合に当院において不利益を受けることは一切ありません。

年 月 日

私／私達は、 患 者 _____ 様
親族または理解補助者 _____ 様

に、 **C T(造影)検査** についてご説明いたしました。

病・医院名 _____
診療科名 _____
説明医師 _____ 印

上記内容にて承諾いたします。

医療法人財団 織本病院

医師 _____ 印