ID 番号：　　患者氏名：　　様

造影 MRI 検査の説明書（磁場の影響について）

検査に際し**①検査**内容 **②MRI 検査の注意事項** ③検査室へ入る前に ④同意を撤回する場合 ⑤問い合わせ先 について次のように説明いたしました。不明な点がありましたら依頼医師に御相談ください。

① **検査**内容

身体を詳しく調べるため、造影剤を使用した MRI 検査が必要です。MRI 検査では強い磁力と高周波を利用して体内の様子を画像化し、様々な病気やけがの状態を知ることができます。

MRI 検査は、騒音と体温上昇を伴いますが、病状を評価することはそれらによる健康への影響より有益と考えます。

② MRI 検査の注意事項

MRI 検査は強い磁力を利用するため、安全に検査を受けていただくにあたって幾つかの注意事項があります。以下の項目に該当される方は事前に依頼医へ申し出てください。

- 体内に埋込型の医療機器等がある方（当院での対応は不可能です。）
  ペースメーカ、人工内耳、埋込型除細動器、深部脳刺激装置、可動型義眼、イレウスチューブなど
  （但し MRI 対応ペースメーカは調整により検査可能です。検査当日、ペースメーカ手帳をご持参ください。）
- 体内に手術や事故などで金属類の存在の可能性がある方（MRI 対応の確認が必要です。）
  人工関節、インプラント、V-P シャント、義歯、入れ墨（タトゥー）、カラーコンタクトなど

MRI 検査は高周波電磁場で行われるため、発熱（１℃以上の体温上昇）が起こる可能性があります。当院の MRI 装置は、SAR（比吸収率）を検査中に管理し、必要以上に発熱の恐れがあると機械的に検査を一時中断する機能が備わっています。

③ 検査室へ入る前に

MRI 検査室は非常に強い磁場です。入室前には以下に挙げるものはロッカーなどへ預けて頂きます。

- 金属などを含む貼り薬（熱傷および薬の過量投与の恐れがあるため）
  持続性疼痛治療薬、狭心症治療薬、禁煙補助薬、パーキンソン病治療薬、湿布など
- 電子機器、カード類（破損およびデータの損失）
  携帯電話、腕時計、補聴器、車のスマートキー、各種磁気カード、IC カードなど
- 金属類（熱傷の恐れ）
  アクセサリー類、エレキバン、発熱繊維の肌着（ヒートテックなど）、使い捨てカイロなど

患者様自身による検査室内への持ち込みによる損害などは補償出来ませんのでご了承ください。

④ 同意を撤回する場合

同意書をいただいた後でも同意の撤回ができます。その場合は依頼医師にご連絡ください。なお、同意を撤回することにより不利益をこうむることはありません。

⑤ 問い合わせ先

本検査についてご不明な点がある場合には、地域医療連携課（TEL：088-871-3607）にお問い合わせください。

ID 番号：　　患者氏名：　　様

本紙：患者ファイル
コピー：患者様へ

造影 MRI 検査　同意書

【説明日時】

西暦　　年　　月　　日　　時　　分　［説明場所：　　］

（説明医師名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、医師から「造影 MRI 検査の説明書(**磁場の影響について**)」、「MRI 造影剤の説明書（造影剤の影響について）」の交付を受け、十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

高知赤十字病院　　病院長　様

私は、造影剤を用いた MRI 検査を受けることについて

□　同意します。　　□　同意しません。

西暦＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

（患者本人）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人署名）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（　　）

＊患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族（代理人）の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者といたします。)

＊有効期間は同意確認日から１年間とします。場合により同意書記入日と同意確認日が異なる事があります。

病院記載欄　＜同意書が得られない場合＞

□ 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意をとれる状態にない
□ 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない
□ 口頭もしくは電話で同意を得た
□ 家族と連絡がとれない
□ その他（　　）

西暦　　年　　月　　日

担当医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

確認者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

ID 番号：　　患者氏名：　　様

MRI 造影剤の説明書（造影剤の影響について）

年　　月　　日

(説明)医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿

検査に際し①使用目的　②MRI 造影剤の注意事項　③MRI 造影剤の副作用　④静脈注射に関して　⑤同意を撤回する場合　⑥問い合わせ先　について次のように説明いたしました。不明な点がありましたら依頼医師に御相談ください。

① 使用目的

身体を詳しく調べるため、MRI 造影検査が必要です。造影剤を使用することによって正確な診断へとつながります。造影剤のほとんどは 24 時間中に尿中および糞中に排泄されます。

② MRI 造影剤の注意事項

安全に造影剤を使用した MRI 検査を受けていただくため､以下の項目に当てはまる方は必ず依頼医へ申し出てください。

- MRI 造影剤に対し過敏症のある方
- 気管支喘息の治療を受けられている方
- 以前、MRI 造影検査を受けて気分が悪くなった方
- 妊娠中・授乳中の方
- アレルギーのある方
- 腎臓の病気がある方（eGFR(推算糸球体ろ過値):30mL/min/1.73m^{2}未満 ）

③ MRI 造影剤の副作用

造影剤は安全な薬剤ですが、まれに次のような副作用が起こる可能性があります。

- 軽度（3～5%以下） …吐き気、嘔吐、頭痛、眩暈、蕁麻疹、発疹、かゆみなど
- 重度（0.004%以下）…ショック、アナフィラキシー様反応など

重篤な腎障害がある方は腎機能の悪化や皮膚・関節の硬直、筋力低下などの症状が現れることがあります。(腎性全身性線維症：頻度は不明)

ほとんどの副作用は検査中に起こりますが、まれに数時間から数日後に起こることがあります。検査中に上記のような副作用が現れましたら、症状に合わせた対応をとらせていただきます。

造影剤を複数回投与すると脳組織に蓄積される可能性があります。

④ 静脈注射に関して

まれに注射部位より血管外へ造影剤が漏れることがあります。注射部位に痛みや腫れがある場合はスタッフに申し出てください。痛みやしびれなどの症状が強い場合は切開などの処置が必要となることがあります。

⑤ 同意を撤回する場合

同意書をいただいた後でも同意の撤回ができます。その場合は依頼医師にご連絡ください。なお、同意を撤回することにより不利益をこうむることはありません。

⑥ 問い合わせ先

本検査についてご不明な点がある場合には、地域医療連携課（TEL：088-871-3607）にお問い合わせください。