

造影 MR 検査（ガドリニウム造影剤）の説明書と同意書

あなたは、今回ガドリニウム造影剤を用いた造影 MR 検査が必要と判断されました。検査の必要性副作用の可能性（危険性）を理解され、造影 MR 検査を受ける事を承諾されましたら、下記に署名をお願いします。

1. ガドリニウム造影剤とはどのような薬で、どのような目的で使用するか

ガドリニウム造影剤は、MR 検査の際に静脈から注射して、病変をより見やすくすることで、診断するための有用な情報を得ます。一部の疾患では造影剤を使用しないと正しい判断ができません。

2. 造影剤の副作用について

1) 副作用の頻度：軽いものを含めて、0.04%～2.4%の患者さんに何らかの副作用が現れます。

ショックなど重大な副作用は、ごくまれ（0.0052%以下）に現れます。

2) 副作用の症状：軽度の副作用は、かゆみ、発赤、吐き気、くしゃみ、頭痛などです。

重大な副作用は、けいれん、呼吸困難、意識消失、血圧低下などがみられます。

非常にまれ（0.0001%程度）ですが、死に至った報告もあります。

3. 副作用が現れた場合の対応について

造影検査中は、MR 検査スタッフが常に観察しており、何か異常が現れた場合は造影を中止し、点滴や必要な薬品を投与し、適切な対処を致します。検査数日後にも、吐き気、発疹等の遅延性副作用が現れることがあります。帰宅後に副作用と思われる症状が現れた場合は、時間外であっても外来にて対処いたしますので、電話連絡後（083-901-6111 時間外受付）に受診してください。

説明医師）紹介元医療機関：

紹介元医師：

造影用問診票

- 1) 体重 () kg
- 2) 今までに造影剤を用いた MR 検査を受けたことがありますか？ (□はい ・ □いいえ)
- はいと答えられた方、そのときに副作用がありましたか？ (□はい ・ □いいえ)
- [具体的な症状：発疹、吐き気、嘔吐、その他 ()]
- 3) アレルギー体質と言われたり、薬や注射で、じんましんがでたり (□はい ・ □いいえ)
- したことがありますか？ ()
- (具体的症状：)
- 4) ぜんそくと言われたことがありますか？ (□はい ・ □いいえ)
- 5) 腎機能が悪いと言われたことがありますか？ (□はい ・ □いいえ)
- 6) 現在、授乳していますか？ (□はい ・ □いいえ)

<医療者記入欄>

血清クレアチニン値 () mg/dl eGFR () ml/分 検査日 年 月 日

済生会山口総合病院院長 殿

私は、今回の MR 検査における造影剤の使用について、必要理由、副作用および合併症の内容や頻度について担当医師から十分に説明を受け、納得しましたので造影剤の使用について同意します。

年 月 日

患者住所

患者氏名

印

紹介元医療機関

紹介元医師

印

本患者はガドリニウム造影剤の使用が可能と考えます

医師