

MRI 造影剤使用時の注意事項

(造影剤を使用する検査をされる患者様にお渡しください。)

MRI 検査で造影剤を使用される患者様へ

造影 MRI 検査で造影剤というお薬を注射、点滴します。病気の有無、性質、広がりにより正確に診断し、治療方針を決めるのに役立てるためのお薬です。

造影剤は、以前から使用されている安全な薬品ですが、まれに副作用があらわれることがあります。下記の症状が起こった場合は担当医やスタッフが速やかに対応します。

軽度：発疹 じんま疹 かゆみ 吐気 くしゃみ 頭痛 発赤など

重度：ショック（血圧低下）呼吸困難 不整脈 けいれん 腎不全 意識消失など

- 造影剤の副作用を避けるため、検査 1 時間前にコップ 1 杯ほどのお茶か水をとっておいてください。
また、造影剤の速やかな排泄を促すため、造影剤使用後は水分を多めに摂取してください。
- 造影剤を注射している時に体や喉の奥の方が熱くなることがありますが、造影剤による直接的影響ですので、心配はありません。
- 造影剤は静脈内に注射しますが、静脈には個人差があり造影剤が血管外に漏れやすい体質の方がおられます。漏れた造影剤は時間とともに吸収されますが、漏れた量によっては必要に応じて処置を行う場合があります。
- 造影剤の副作用として検査後 1 時間～数日後に、動悸や頭痛、じんま疹、発熱、吐き気、めまい、胸内苦もんなどの症状がでることがあります。これらの症状は軽度で自然に消失しますが、念のため当院または受診された医療機関まで連絡して指示にしたがってください。
- 当院では検査中、放射線科医師や看護師等が様子を観察し、万一の副作用に素早く対応できるようにしています。もし体調に変わった事があれば、すぐに申し出てください。
- 検査方法についてわからないことがあれば、お気軽に恵生会病院スタッフにお尋ねください。

検査を安全確実に行う為に別紙の質問にお答え頂き、ご納得の上、同意書にご署名ください。

連絡先

医療法人恵生会

恵生会病院

放射線科

〒579-8036 大阪府東大阪市鷹殿町 20 番 29 号
TEL(072)-982-5101(代)

MRI 造影検査の問診と同意書

(こちらの用紙は検査当日に恵生会病院までお持ちください。)

検査を安全確実にを行う為に下記の質問にお答え頂き、ご納得の上、同意書にご署名ください。

不明な点がございましたら、お手数ですが恵生会病院までご連絡ください。 電話番号 072-982-5101(代)

・ 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか CT 検査 ・ MRI 検査 ・ 血管造影 ・ 腎臓検査 ・ 胆のう検査	はい	いいえ
・ 造影検査をされたことがある方のみお答えください その時、副作用はありましたか ショック ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ かゆみ ・ 発疹 ・ 頭痛 ・ その他	はい	いいえ
・ アレルギー体質、アレルギーの病気がありますか じんましん ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー鼻炎 ・ その他 薬のアレルギー(薬名 _____) 食物のアレルギー(食物名 _____)	はい	いいえ
・ 腎臓のはたらきが悪い(腎不全)と言われたことがありますか	はい	いいえ
・ 出血しやすい病気がありますか	はい	いいえ
・ 高血圧、心臓の病気、肝臓の病気があると言われたことがありますか	はい	いいえ
・ 糖尿病や心臓病の薬を服用されていますか 薬剤名(_____) 薬の種類によっては検査2日前より、休薬していただく場合があります 詳しくは、当院または受診された医療機関へお尋ねください	はい	いいえ
・ 喘息(ぜんそく)がありますか	はい	いいえ
・ あなたの今の体重は何kgですか (造影剤投与量の算定に使用します)		kg

ご記入いただいた項目の内容によっては造影検査が行えない場合がありますのでご了承ください。

【造影検査 同意承諾書】

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。(同意された場合でも、いつでも撤回する事ができます。)

承諾日 令和 年 月 日

患者または代理人(続柄: _____)

(署名)

Ⓜ

連絡先

医療法人恵生会

恵生会病院

放射線科

〒579-8036

大阪府東大阪市鷹殿町20番29号

TEL(072)-982-5101(代)