

# 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時間前にお茶か水をコップ1杯程度飲んでください。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飲んでください。
- 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、胸部違和感などの症状が出ることがあります。これらの症状の多くは軽度で自然に消失しますが、念のため恵生会病院に連絡していただき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。
- 授乳中の方は、可能であれば、造影剤投与後48時間後からが望ましいです。

| 検査種類 | 食事       | 水分        | 薬の服用                             | 授乳中の方        |
|------|----------|-----------|----------------------------------|--------------|
| 造影検査 | 4時間前から絶食 | 1時間前に適度飲水 | <u>心臓病</u> の薬を服用中の方は主治医にお知らせください | 48時間後からが望ましい |

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<br>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。  
造影 MRI 検査のための質問です。わからない内容がありましたら恵生会病院までご連絡ください。

|   |    |     |
|---|----|-----|
| ・ 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<br>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<br>その時、副作用はありましたか<br>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<br>じんましん アトピー性皮膚炎 薬のアレルギー(薬名: _____ )<br>アレルギー鼻炎 その他 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 |
| ・ 出血しやすい病気と診断されたことがありますか  | 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 |
| ・ 心臓病の薬を服用されていますか 薬剤名( _____ )  | はい | いいえ |
| ・ 気管支喘息と診断されたことがありますか (治療中 ・ 今は治療していない)   | 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しましたので、造影検査を受けることに同意します。(同意された場合でも、いつでも撤回する事ができます)

ご本人または代理人(続柄: \_\_\_\_\_) 承諾日 令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

(署名)

⑩

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)