

患者氏名： _____ 様 検査日： _____

全身(骨)MRI 検査に関する説明書

本院では患者様の権利を守り、患者様が安心して診療を受けられるように、担当医師より検査・治療について十分に説明を行い、患者様の自由意志による同意を得た上で検査・治療を行いたいと考えています。担当医師の説明に納得され、診療行為の実施に同意される場合は、署名してお返し下さい。同意を拒否されても、また実施直前までに同意を撤回されても、診療上不利益を受けることはありません。

なお、今回の診療行為における検査データなどの情報が、名前や生年月日といった個人が特定できる情報として学会などで公表されることはありません。

1) 病名・病状、考えられる病態： _____

2) 検査の内容：全身(骨)MRI 検査について

全身(骨)MRI 検査は頸椎から骨盤を中心に広範囲にわたり撮像する MRI 検査です。通常の MRI 検査では細かな部分も観察するため比較的狭い範囲に絞って撮像する必要がありましたが、この全身(骨)MRI 検査では細部の観察は行わない代わりにほぼ全身を検査することができます。

この全身(骨)MRI は特に前立腺癌の骨転移病変の検出に有用であると多数の報告があり、これらをまとめると骨転移病変の検出感度は約 90%、特異度は約 92%です。

微小病変や活動性が低い病変は検出できず、偽陰性となる可能性があります。また、脊椎の急性期圧迫骨折や過形成骨髄なども骨転移と同様の所見を示す（偽陽性）ことがあります。

なお、リンパ節転移や骨転移以外の転移巣、播種巣についての有用性については十分に証明されておられません。

3) 可能な代替検査：従来前立腺癌の骨転移の診断目的で一般的に行われてきた骨シンチグラフィや FDG-PET 検査で代用可能ですので、それらを希望する場合には申し出てください。

4) 全身(骨)MRI 検査による利益と不利益（副作用の可能性等）、副作用の頻度

全身(骨)MRI 検査では従来の骨シンチグラフィや FDG-PET 検査と異なり放射線被曝がありません。前立腺癌の骨転移の検出に関しては従来の骨シンチグラフィや FDG-PET 検査と同等かそれ以上と報告されていますが、細部の評価には限界があります。

本検査に特異的な合併症、副作用はありません。

一般的な MRI 検査の留意事項として、金属類、MRI 非対応の心臓ペースメーカーや補聴器、刺青、まゆ墨、アイラインなどに注意する必要があります。刺青、まゆ墨、アイラインを施している方が MRI を受けると、色素に含まれる金属成分のため、火傷をしたり、色が変化したり、にじんだりする可能性があります。具体的な発生頻度は不明ですが、まれに生じるとされています。検査中に熱感や違和感があった場合はただちに検査を中止いたします。

また、本検査は通常の MRI 検査と同等かそれ以上に検査時間が長くなりますので、閉所恐怖症の方は申し出てください。

5) 検査等の成功率は一般的に高く、死亡を含めた合併症の可能性は造影剤を使用する場合にごく

まれにあります。

6) 痛みについて：本検査中に熱感等が生じた際には痛みを伴う可能性はありますが、具体的な頻度は不明です。痛みが生じた場合は遠慮なくスタッフに申し出てください。適切に対処いたします。

7) 本検査を受けなかった場合に予想される結果：前立腺癌の骨転移の診断に必要な情報が得られない可能性があります。

8) セカンドオピニオンの権利：検査に不安のある場合には、他の病院の意見を聞くことができます。スタッフに申し出てください。

9) 留意点：本検査はあくまでも前立腺癌の骨転移を検出するための広範囲検査であり、病変局所の詳細な評価を目的とした検査ではありません。本検査で異常所見が見つかった場合、後日改めて精査を必要とする場合もあります。また、前立腺癌局所、リンパ節転移、骨転移以外の遠隔転移巣、播種巣、他臓器の癌や大動脈瘤などの偶発所見は本検査による診断の対象外となっていることを予めご了承ください。また、造影を行う場合は別途造影 MRI に関する説明と同意書が必要となります。

全身(骨)MRI 検査に関する同意書

国立病院機構熊本医療センター院長殿

私は全身(骨)MRI 検査について、上記説明を受け、納得しましたので、全身(骨)MRI 検査を受けることに同意します。

また、上記実施中予期しない緊急事態が発生した場合には、医師が必要と判断した処置を受けることに同意します。

____年 ____月 ____日

患者氏名（自筆）

*代筆・代諾者氏名（自筆）

*患者との続柄

説明した医師（自筆）

診療科(部)
