

全身(骨)MRI検査に関する説明（例）

(患者氏名)

(生年月日)

(ID)

様 年 月 日

説明の概要：説明資料（補足資料名）

- 1.病名・病状、考えられる病態
- 2.検査の内容
- 3.責任医師
- 4.可能な代替検査
- 5.検査による利益と不利益
- 6.検査等の成功率・合併症・死亡率
- 7.痛みについて
- 8.検査を受けなかった場合
- 9.同意の自由、撤回の保障
- 10.セカンドオピニオンの権利
- 11.留意点

1. 病名・病状、考えられる病態：病名（疑い病名を含む）

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。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りません。

3. 検査に責任を持つ担当医：診療科 医師名

4. 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。

5. 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。

6. 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。

7. 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。

8. 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。

9. 同意の自由、撤回の保障：本検査を受けられるか受けられないかは患者さんの自由意思で決定できます。受けられなくとも、患者さんの診療を継続される上で、他に不利益になることはありません。また一旦同意された後でも、中止することも自由意思で決められます。

10. 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。

11. 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。

- 患者への説明が困難であったため、事後に患者へ説明した。
 患者への説明が困難であったため、家族等関係者に説明した。

上記のことについて必要な事項を説明いたしました。

年 月 日 時 分

医師署名

立会者署名

同意書

○○○○○○病院長 殿

このたび私は、上記の内容説明をうけ、かつそれに対する十分な質問の機会が与えられ理解しました。

また、実施中の緊急の処置をする必要が生じた時は適宜処置を受けることについても理解しましたので

- 同意します 同意しません

理由：

年 月 日 時 分

患者署名（□ 同意代行者署名、続柄） 保護者又は親権者・親族等署名※

※）患者が未成年の場合または記載ができない場合、必ず記載してください。