

ID :

氏名 :

生年月日 :

## 全身(骨)MRI 検査に関する説明・同意書

1. 病名(疑い含む) : \_\_\_\_\_

### 2. 全身(骨)MRI 検査について

全身(骨)MRI 検査は頭蓋骨から骨盤までを中心に広範囲にわたり撮影する MRI 検査です。本検査は特に前立腺癌の骨転移の病変の検出に有用であるとされ、それから他の腫瘍にも応用されてきた経緯があります。

ただし、微小病変や活動性の低い病変は検出困難な場合があります、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(疑陽性)こともあります。

### 3. 全身(骨)MRI 検査による利益・不利益

従来前立腺癌の骨転移の診断目的では一般的に骨シンチグラフィや PET 検査が行われてきました。これらの検査とは異なり全身(骨)MRI 検査では放射線被ばくがありません。前立腺癌の骨転移の検出に関しては従来検査と同等かそれ以上と報告されています。本検査に特異的な合併症・副作用はありません。

### 4. 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様の自由意思で決定できます。

受けられなくても、患者様の診療を継続するうえ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。

### 5. 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ので、ご希望される場合は申し出てください。

### 6. 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、質的な評価も含めて後日改めて精査を必要とする場合もあります。

上記のことについて必要な事項を説明いたしました。

□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ました。

年 月 日

医師署名 \_\_\_\_\_

立会人署名 \_\_\_\_\_

## 同意書

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ときは適宜処置を受けることについても理解しましたので、本検査を受けることに同意いたします。

年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

(代理人) 親権者・配偶者・その他親族 (続柄： \_\_\_\_\_) (○で囲む)

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

※) 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。