

造影検査に関する説明と同意書

- 1. 造影 (CT MRI DIP) 検査は、造影剤を静脈内に注入することにより、血管の状態や血液の流れ、病巣部の鮮明な画像などを描出するために行います。
- 2. 検査前の食事制限は、(ありません あります)。水分はお摂り頂いて結構です。
- 3. 造影剤は安全性の高いお薬ですが、稀に、次のような副作用を生じることがあります。
 - 軽度：吐き気や嘔吐、発疹、頭痛、めまい、血管痛 など
 - 重度：血圧低下、呼吸困難、意識消失 など
 - ※ 全副作用の発生率は100人に3人程度、重度の副作用発生率は1万人に1人程度と報告されています。
- 4. 副作用は、造影剤を使用した直後より出現することが大半ですが、1時間～1週間ほど経過してから症状が出てくる場合もあります(遅発性副作用)。異常が出た時は、すみやかに昼間は担当科、夜間は救急外来へご連絡ください。 ※ Tel 04-7134-2000 (代)
- 5. 造影剤の急速注入に伴い、血管外漏出の発生頻度が100人に2人程度と報告されています。血管外漏出防止に努めていますが、万が一発生してしまった場合は、冷湿布貼付等の処置を行います。
- 6. 以下の事項に該当する場合は、副作用を生じる可能性が高いことが知られています。

	今までに造影剤で具合が悪くなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
1	【ある場合】どんな副作用でしたか？ ()		
2	今までに喘息と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
3	今までに薬や食べ物で、アレルギーが出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
4	現在、糖尿病薬を内服されていますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
5	今までに甲状腺の病気と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
6	今までに腎機能が悪いと診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
7	妊娠の可能性ありますか？ (胎児への影響を考慮して)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

※ 上記で「ある」があった場合、以下の事項にチェックをしてください。

上記「ある」にチェックされているが、造影は実施可能	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
造影するにあたり、別指示あり	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

- 7. 万が一副作用が生じた場合は必要に応じて最善の処置をします。

_____科 説明した医師 _____

柏市立柏病院院長殿

私は、上記の説明を受け、その必要性と副作用について理解しましたので、造影検査に同意します。

_____年 _____月 _____日 患者署名 _____

代理人の署名 _____

【注】 代理人欄は本人が未成年または署名できない場合にご記入ください。
柏市立柏病院 2015.05改訂