

# 造影検査同意書

患者名: \_\_\_\_\_

検査日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 【造影剤の使用目的】

『造影剤』を血管(静脈)や関節腔内に注入する事により、新たな病変が見つかったり、病変が明瞭になり、病変の性質についてより詳しい情報を得る事が出来ます。

## 【副作用】

『造影剤』を使用する検査は、全く危険性が無いとは言えません。稀に副作用(発疹、吐き気、動悸、ショック等)を伴う場合があります。

副作用は使用した直後だけでなく、2、3日後に発症する遅発性のものや、1回目に発症しなくても2回目の検査で発症する等、『造影剤』を使用するたびに発症する可能性があります。

『造影剤』を使用した検査を安全で円滑に受けていただくために、患者様には、ご理解、ご了承をいただき、以下の質問にお答え下さい。

- ① 今までにヨード造影剤を使った検査をしたことがありますか? ( はい・いいえ )  
”はい”と答えた方にお尋ねいたします。  
その検査中、または検査後に何らかの症状(副作用)がでたことがありますか?  
 いいえ  はい ……発疹、かゆみ、発赤、口腔内異常、くしゃみ、あくび、咳  
嘔気、嘔吐、呼吸困難、意識消失、血圧低下、その他(
- ② 気管支喘息の治療中ですか? ( はい・いいえ )
- ③ この3年以内に喘息の発作を起こしたことがありますか? ( はい・いいえ )
- ④ 甲状腺機能亢進症(バセドー病)といわれたことがありますか? ( はい・いいえ )
- ⑤ 腎機能が悪いといわれていますか? ( はい・いいえ )
- ⑥ 現在、糖尿病の薬を飲んでいますか? ( はい・いいえ )  
”はい”と答えられたかた薬剤名を記入して下さい。(薬剤名:
- ⑦ 薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますか? ( はい・いいえ )  
”はい”と答えられたかた原因物質を記入して下さい。(
- ⑧ 体重をご記入ください。造影剤の使用及び検査の適性化のために必要です 体重 \_\_\_\_\_ kg

※上記内容によって検査を中止する場合がございます。ご了承下さい。

## 同意書

TMGあさか医療センター 病院長 宛

検査の必要性、内容、副作用などについて医師より十分な説明を受けそれを了承しました。

よって検査の実施を承諾します。なお、偶発症の発生の際には、医学的な処置を受けることも同意します。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

(本人・代筆者)どちらかを○で囲んで下さい

患者との続柄( \_\_\_\_\_ )

(担当医記入欄)患者様は記入しないで下さい。

ヒグアノイド系薬剤を  内服していない  内服中であり、休薬の説明済み

造影剤検査の適応判断  リスクなし

リスクあり 実施にあたり主治医の指示

( \_\_\_\_\_ )

説明医師 \_\_\_\_\_