

造影検査同意書

患者氏名：

様

検査日時：_____年__月__日__時__分

下記のように造影検査の必要性と造影剤の副作用について説明いたしました。

生年月日：_____年__月__日生

貴院名 _____

説明医師 _____

年齢：_____ 性別： M ・ F

検査項目：造影CT 造影MRI
 ()

1. 造影検査

造影検査では、ヨード造影剤やガドリニウム造影剤を使用して検査を行います。造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などがより詳しく描出され、診断に大変役立ちます。造影剤の投与は腕からの静脈注射で行います。投与量は患者様の体重・年齢・症状・検査の目的によって異なり、概ね 50～150ml 使用します。

2. 造影剤の副作用

検査に際しては、十分に注意しながら安全に検査が行えるように努めておりますが、造影剤によってごく稀に次のような副作用症状が起こることがあります。現在のところ、この副作用を確実に予知・予防する方法はありませんが、万一、副作用が起きた場合は適切な処置を行います。

- ◆軽い副作用（頻度は約 5%以下）：ほとんどの場合、軽度で一過性です。
熱感・痛み（血管痛）・吐き気・嘔吐・かゆみ・発疹・蕁麻疹・咳・頭痛・めまい・動悸・血管外漏出など
- ◆重い副作用（頻度は約 0.04%以下）：ほとんどの場合、直後に出現します。
血圧低下、呼吸困難、乳酸アシドーシス、腎性全身性線維症など
(病状・体質によりますが、約 17 万人につき 1 人の割合で死亡例も報告されています。)

検査後、数日経過してから症状が現れる場合があります（遅発性副作用）。上記の症状が現れた場合は、直ちに連絡してください。なお、以下の既往がある方は副作用の発生頻度が比較的高く、症状が強くなる場合もありますので事前に検査の可否についてご確認ください。

- a. 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのある方
- b. 気管支喘息などのアレルギー性疾患のある方
- c. ほかの薬剤過敏症や蕁麻疹などアレルギー歴のある方
- d. 腎臓の病気がある方
- e. ビグアナイド系糖尿病薬を服用している方(造影 MRI は除く)

ビグアナイド系糖尿病薬を服用している方は検査当日、及び検査終了後 48 時間は服用を中止してください。(造影 MRI は除く)

経静脈性の造影剤は尿と一緒に排泄されますので、検査前後は水分を多めに摂り、排尿に心がけてください。1 日で約 97%が尿中に排泄されます。

わからないことがありましたら、いつでもお尋ねください。

-
- 上記の説明を受けました。その内容について、
- 理解した上で同意します。
 - 理解したが同意しません。
 - 理解できませんので同意しません。

記入日 _____年__月__日

記入者氏名 _____様

《代理》続柄 _____