

造影剤使用の説明と同意書

検査予定日 年 月 日

説明医師名 _____

患者氏名 _____

造影剤とは、血管や臓器およびその周辺の構造をより明瞭に映し出す薬剤で、病気の有無や性質、進展範囲などをより正確に評価するために使用します。造影剤は安全な薬ですが、体質によって稀に副作用が出現する場合があります。下記のような副作用が生じる可能性があります。

- 軽度（吐き気・じんま疹・かゆみ・くしゃみ・動悸・頭痛など）の副作用の頻度は、5%以下。
- 重度（呼吸困難・血圧低下・意識障害など）の副作用の頻度は0.1%以下。
- 重篤（死亡）の副作用の頻度は0.001%以下。
- ◎ 造影剤の急速注入に伴い、血管外漏出が0.25～9%の割合で発生します。

検査のときはそれぞれの副作用に対して十分に注意しながら検査を進め、万一症状が現れた場合には適切な処置を行います。あらかじめ副作用の起こしやすい体質かどうかの確認のため下記問診票にご記入ください

問 診 票

1) 今までに造影検査を受けられたことがありますか？

ある ない 不明

上記で「ある」と答えられた方で、副作用はありましたか？

ある ない

「ある」と答えられた方はその時の症状を教えてください。

じんま疹 吐き気 嘔吐 めまい 冷や汗 ショック

2) 薬で「じんま疹」やアレルギー症状が出たことがありますか？

ある 薬名（ ） ない

3) 腎炎や腎不全など、腎臓の病気にかかったことがありますか？

ある ない

「ある」と答えられた方、病名をお書き下（ ）

4) 現在、糖尿病のお薬を服用していますか？

している（ ビグアイド系 その他） していない

5) 現在、妊娠していますか？ 授乳中ですか？

している（ 月） していない 不明 授乳中

同 意 書

検査の必要性・危険性に対しての十分な説明を理解したので、検査を受ける事に同意いたします。

ご署名 _____ [本人 ・ 代理人（ ）]

年 月 日