

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。

1	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
	【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
	血清クレアチニン値(mg/dl) 測定日(年 月 日)		
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

※クレアチニン値が不明な場合は、中止又は延期とさせていただきます。
地域医療支援センターよりお問合せさせていただきます。

- 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、その必要性和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 _____