

造影検査説明・同意書

患者氏名 様 問診日 年 月 日

今回受ける検査 CT MRI その他 () 検査日 年 月 日

- 造影検査とは通常の検査では判断しにくい場合、検査の精度を高めるために造影剤という薬剤を体内の血管などに注入して行う検査です。
- 今回使用される造影剤は安全性の高い薬剤ですが、まれに一部の人に副作用を起こすことがあります。副作用について、軽度の場合（100人に数人）は、吐き気・嘔吐・じんま疹・発疹などあり、重度の場合（1万人に数人）は、呼吸困難・意識障害・血圧低下・腎機能障害などの重篤な症状が起こることがあります。副作用は投与後直後に起こることが多く、検査中は副作用に対して適切な処置が講じられるように万全な準備を整えています。
- 造影剤が体内に入ると少し熱く感じるがありますが一時的なもので心配はありません。また注入時に薬が漏れて、腫れや痛みが生じることがあります。
- 検査終了後は排尿によって速やかに排泄させるために水分を多めに摂るようにして下さい。

問診

※ "ある"を選択された方は項目内の適したものに○で囲み、() 内に記入して下さい。

1	今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。 CT造影・MRI造影・尿路造影・胆道造影・血管造影	ない	ある
2	その時に副作用はありましたか。 吐き気・嘔吐・発疹・かゆみ・頭痛・呼吸困難・意識障害・血圧低下	ない	ある
3	アレルギー体質、またはアレルギー性の疾患はありますか。 疾患名 () 薬剤 () 食品 ()	ない	ある
4	以下の病気があると言われたことがありますか。 甲状腺疾患、重篤な肝臓疾患、重篤な腎臓疾患、心臓病、気管支喘息	ない	ある
5	糖尿病のお薬を服用していますか。 薬剤 () ※ピグアナイド系糖尿病薬は検査前後共に48時間の内服中止	ない	ある
6	造影剤の適正量を使用するために年齢と体重を記入して下さい。 年齢 (歳) 体重 (k g) ※原則として85歳以上の方は造影検査は行いません。		

直近3ヶ月以内のクレアチニン値： mg/d l GFR: (医療機関記入欄)
※30未満は禁忌

年 月 日 医療機関名： 医師署名：

上記事項の説明を受け、その内容について十分に理解し納得しましたので実施について

同意します 同意致しません

年 月 日 ご本人または代理人(続柄)の署名： _____