

造影剤検査の説明・問診および同意書

様

今回実施する検査（CT 検査 MRI 検査）では、静脈注射又は経口投与の造影剤を使用します。造影剤はより正確な診断をするために用いますが、一方、下記に示すような副作用が起こることもあります。

- ・軽い副作用：吐き気、嘔吐、くしゃみ、じんましん等（発生頻度 100 人につき 5 人以下 5%以下）
- ・重い副作用：呼吸困難、血圧低下、全身のむくみ等

（発生頻度 CT 2.5 万人につき 1 人 0.004% MRI 5 万につき 1 人 0.002%）

- ・CT 検査で造影剤を注射するときには、体が熱くなることがありますが、造影剤による一時的な刺激であり心配ありません。

患者様には造影剤の必要性と危険性をよく理解して頂いたうえで安全に検査を行うために、以下の質問にお答えください。

1. 今まで造影剤（注射）を用いて検査をしたことがありますか？ なし あり
①何の検査ですか？CT, MRI, 腎臓尿管造影、胆のう造影、血管造影、その他（ ）
②検査中・検査後（帰宅後も）に何らかの症状がありましたか？
なし あり 吐き気、嘔吐、くしゃみ、咳、じんましん、血圧低下、その他（ ）
③それに対し、特別な処置を受けましたか？ なし あり
2. 飲み薬や注射、食物でアレルギーをおこしたことはありますか？
なし あり（ ）
3. 喘息やじんましん、アトピー性皮膚炎、その他のアレルギー性の病気がありますか？
なし あり（ ）
4. 現在、心臓病や腎臓病、甲状腺等の病気がありますか？
なし あり 心臓（ ）、腎臓（ ）、甲状腺（ ）
5. 糖尿病治療のため、お薬を飲んでいますか？
なし あり お薬名（ ）

*CT 検査時における造影剤との併用注意：ビッグアナイド系糖尿病薬は造影剤と併用することにより副作用が増加する可能性があります。そのため、検査前後の一定期間服用を休薬していただく場合があります。

6. 今回の検査に関してわからないことがありましたら、ご自由にお書き下さい。
（ ）

造影剤につきご理解の上、検査を同意していただけますか？

はい いいえ

（経過観察などの理由で、短期間に繰り返し造影剤を使用する検査を行う場合は、この同意書をもって2回目以降の造影検査にも同意したと判断します。）

平成 年 月 日 ご本人様または代理人署名（続柄） _____

（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。） 平成 年 月 日

同意書確認医師名 _____

弘前市立病院 (H30. 05)