

造影検査承諾書（同意書）

医療機関名

医師名

印

造影検査（CT・MRI・X線・その他）を受けられる方への説明

1. 造影検査とは

造影検査とは、CT・X線造影検査にはヨードを含む（ヨード造影剤）、MRI造影検査にはガドリニウムを含む（ガドリニウム造影剤）また鉄分を含む（鉄製造影剤）を血管内に注射しながら行う検査です。造影剤を使用する事により、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。

2. 造影剤の副作用

検査に際しましては、安全に行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後しばらくしてから下記の様な副作用症状が起きる事があります。

- 軽い副作用（ヨード造影剤約3%以下、ガドリニウム造影剤約1%以下）
吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、蕁麻疹、かゆみ、手足のむくみ、発疹、息切れなど
（鉄製造影剤はまれに腰痛、背部痛が起こることがあります。）
- 重い副作用（ヨード造影剤約0.01%以下、ガドリニウム造影剤約0.001%以下）
ショック、呼吸困難、けいれん、腎不全、意識消失など

※次の既往がある方は、副作用を生じる可能性が高くなり検査を行えない場合があります。

喘息の既往やアレルギー体質／ヨード過敏症や造影剤使用時、副作用の経験がある。

重い腎臓病、重い心臓病、重い肝臓病、重い甲状腺の病気がある。

多発性骨髄腫・褐色細胞腫と言われている。

●糖尿病薬を飲まれている方は事前に申し出てください。

●当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っております。上記の症状が現れた場合、すぐにお知らせ下さい。もし副作用が現れても最善の処置を致します。

※3ヶ月以内の血清Cr値の記入をお願いします。_____ mg/dl （測定日： 年 月 日）

新行橋病院 院長 殿

私は、造影検査の必要性、危険性について説明を受け納得致しましたので、
造影検査を受けることに同意いたします。

西暦 年 月 日

本人または代理人署名（続柄： _____ ） 氏名 印

【※印鑑をお持ちでない場合は、こちらにチェックをお願いします。⇒印鑑不所持】

作成日 令和元年08月20日
改定日 令和2年08月06日