

造影検査説明・同意書

カナ氏名 _____ 様 問診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今回受ける検査 _____ CT _____ MRI _____ 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為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・蕁麻疹・発疹などがあり、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為に水分を多めに摂るようにしてください。

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()内に記入してください。

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()	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ください。 年齢(歳) 体重(kg)		

直近3ヵ月以内のクレアチニン値: _____ mg/dl eGFR: _____

40未満は禁忌

年 _____ 月 _____ 日 医療機関名: _____ 医師署名: _____

(医療機関記入欄)

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同意します。

年 _____ 月 _____ 日 ご本人、代理人(続柄 _____)署名: _____