

# 造影剤検査同意書

## 【造影検査の目的と検査に伴う合併症の可能性・危険性について】

造影検査では造影剤というお薬を使用します。造影剤は体の中をより鮮明に写し、詳しい検査をする為に必要なお薬です。造影剤を注射すると、稀にアレルギー反応（じんましん、くしゃみ、吐き気、発熱など）を起こすことがあります。（時間が経ってから起こるものもあります）

その頻度は、ヨード含有造影剤で 80 回～100 回に 1 回、MRI 造影剤で 200 回に 1 回程です。ほとんどの場合は軽度で一過性の症状ですが、ごく稀に重篤な副作用（血圧低下、呼吸障害など）を起こすことがあります。発生頻度は、ヨード含有造影剤で 5 千回～1 万回に 1 回、MRI 造影剤で 20 万回～40 万回に 1 回と推測されます。

万一、上記のような合併症が起こった場合は、大事に至らぬよう万全に対応いたしますが、必要に応じ、入院や緊急に処置を要する場合があります。

造影剤の必要性を十分に理解していただいた上で安全に検査を行うために下記の質問にお答え下さい。

- アレルギーはありますか？  
なし     あり    【じんましん、喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症  
アレルギー性鼻炎、   薬による副作用（                ）  
その他（    ）】
- 心臓もしくは腎臓、甲状腺の病気はありますか？  
なし     あり    【病名：    】
- 今までに造影剤を使った検査をしたことがありますか？  
なし     あり    【検査名：    】
- そのときに副作用はありましたか？  
なし     あり    【かゆみ、じんましん、吐き気、嘔吐  
その他（    ）】
- 体内金属（ペースメーカー、義眼など）はありますか？  
なし     あり    【    】
- 妊娠の可能性はありますか？（女性のみ）  
なし     あり

私は造影剤検査を受けるにあたり、その必要性と副作用の可能性について説明を受け了承しましたので、造影剤の使用を承諾します。

平成            年            月            日

患者氏名（署名）  
\_\_\_\_\_

代理同意者氏名（署名） \_\_\_\_\_（続柄        ）

（患者様本人が未成年の場合あるいはご署名困難な場合）

紹介元医療機関名  
\_\_\_\_\_

紹介元医師  
\_\_\_\_\_

印  
\_\_\_\_\_