

造影剤使用に関する問診票 兼 同意書

● 造影剤に関する説明

あなたの担当医により、造影剤を用いた検査が予定されています。

造影剤とは、検査において病気の有無やその性質、範囲、状態をより正確に評価するために用いる薬です。造影剤を使用しなくても可能な検査もありますが、造影によってより正確に診断することができ、今後の治療にも役立ちます。

造影剤の使用に同意いただけない場合であっても、当院における診療に際し、一切の不利益は生じません。ただし、造影剤を用いないで可能な限り正確な診断となるような検査を行います。尚、正確な診断ができずに病気を見落とす可能性がありますのでご了承ください。

尚、造影剤の使用に同意いただいた場合でも、病気の性質その他の医学的な理由のために造影剤を用いない場合がありますので、あわせてご了承ください。

● 造影剤の副作用

CT 検査や MRI 検査で用いる造影剤は、いずれも副作用の少ない安全な薬剤です。しかし他の一般のお薬と同様に、稀にお体に合わずアレルギー反応を示す場合があります。

◆ CT 検査

軽度 … 蕁麻疹、くしゃみ、かゆみ、頭痛、吐き気、嘔吐 など (約 5%)

重度 … 呼吸困難、ショック (約 0.04%)、心停止 (約 0.002%)、死亡 (約 0.0002%)

◆ MRI 検査

軽度 … 蕁麻疹、くしゃみ、かゆみ、頭痛、吐き気、嘔吐 など (約 0.2%)

重度 … 呼吸困難、意識障害、血圧低下 など (約 0.00025~0.0005%)、死亡 (約 0.0001%)

万が一、検査中に異常がみられた場合はただちに検査を中止します。副作用が生じた場合には院内の医師・看護師によってすぐに治療できるよう万全の体制を整えて検査を行っていますので、検査中に異常を感じた場合は、ためらわずにすぐお知らせください。

また、検査直後に異常がなくても、検査後 1 時間から数日の間に副作用が現れることがあります。ほとんどの場合は一時的なものです。尚、副作用の症状があった場合には、一時的な症状であっても次回受診の際に医師(主治医)にお知らせ下さい。

以上の説明をお読みの上、以下の該当する項目にチェックをお願いします。

尚、造影剤使用のご同意は、書面提出後であってもいつでも自由に撤回することができます。

(クリニック控え)

年 月 日

- 造影剤の有用性および副作用について説明しました。

説明医師氏名 _____

- 造影剤に関する説明を受け、その有用性および副作用について理解しました。
- この同意をいつでも撤回できることを理解しました。
- 造影剤を使用して検査を行うことに同意します。

患者様氏名(自署) _____

(患者様ご本人が未成年の場合あるいはご署名困難な場合)

代理同意者氏名 _____ (続柄 _____)

----- (切り取り) 割 印 -----
 (患者様控え)

年 月 日

- 造影剤の有用性および副作用について説明しました。

説明医師氏名 _____

- 造影剤に関する説明を受け、その有用性および副作用について理解しました。
- この同意をいつでも撤回できることを理解しました。
- 造影剤を使用して検査を行うことに同意します。

患者様氏名(自署) _____

(患者様ご本人が未成年の場合あるいはご署名困難な場合)

代理同意者氏名 _____ (続柄 _____)

