

# 説明と同意書

患者ID :  
氏名 :  
生年月日 :  
性別 :

## 造影剤使用に関して

検査名 :  
検査日 : 年 月 日

検査の際に、造影剤という薬を血管から注射しながら撮影することが必要になります。造影剤を使用せずに撮影することもできますが、造影剤を使用しないと診断できない病気もあります。

造影剤は副作用の少ない薬ですが、まれに下記のような副作用を起こすことがあります。従って造影剤は必要と考えられる場合に限り使用します。また、以前に造影剤で副作用があった方、気管支喘息の方は副作用が起こる可能性が高いため、原則として造影剤は使用しません。

最終的に造影剤を使用するかどうかは、検査時に検査を担当する放射線科医が決定します。

### 造影剤で起こりうる副作用

- 軽い副作用 : 吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などで、無治療で軽快します。  
起きる確率は100人中4人(4%未満)未満です。
- 重い副作用 : 呼吸困難、意識障害、血圧低下などで、治療が必要になります。  
症状によっては、入院が必要になります。  
起きる確率は2,000人中1人(0.05%未満)未満です。
- 死亡に至る副作用(ショックから死亡に至る場合) :  
10万人~20万人中1名(0.0005~0.001%)の確率で起きます。

あなたにはこの検査が必要であること、造影剤を使用する可能性があること、造影剤の副作用については説明しました。

造影剤使用歴 : 有・無	造影剤副作用歴 : 有( )・無
気管支喘息 : 有・無	アレルギー歴 : 有( )・無
腎機能障害 : 有・無	妊娠の可能性 : 有・無
授乳の可能性 : 有・無	

年 月 日 説明医師署名 :

上記の事柄について、説明を受け、理解しました。 \* 下記のいずれかにチェックしてください。

- 本検査で造影剤の投与を受けることに同意するとともに、万一副作用が起きた場合には、必要な治療、処置を受けることに同意します。
- 本検査で造影剤の投与を受けることに同意しません。

年 月 日

患者署名

(未成年の場合は親権者)

患者代理人署名

(患者または親権者の署名がある場合は不要)

外来の方は、この用紙を検査当日にご持参くださいますようお願いいたします。