

造影検査同意書（病診用）

【検査分類】

1. D I P

検査予定日 年 月 日

2. 造影C T

時間 :

3. その他 ()

【問診票】

- 今までにヨード造影剤を使用した検査で、気分が悪くなったり、発疹（じんましん）などがでたことがありますか？（検査を受けた時や帰宅してからを含めて）
①はい ②いいえ ③未使用（今回が初めて）
*①はい とお答えの場合
（・検査中 ・帰宅してから）で症状は（ ）
- 今までに薬を飲んだり注射をして、気分が悪くなったり、熱が出たり、皮膚に発疹（じんましん）などが出たことがありますか？
①はい ②いいえ
*①はい とお答えの場合（薬名・注射名 : ）
- 気管支ぜんそくと言われたことがありますか？
①はい ②いいえ
*①はい とお答えの場合、その状態等は（ ）
- アレルギー性鼻炎・アレルギー性皮膚炎またはアレルギー体質と言われたことがありますか？
①はい ②いいえ

【造影剤の副作用について】 基本的に安全な薬ですが、体調や体質により以下のような症状が現れることがあります。

- 軽度・・・100人に3～4人の割合で、熱感・吐き気・嘔吐・じんましんなど。
- 中等度・・・約6千人～1万人に1人の割合で処置が必要な血圧低下・呼吸困難・広汎じんましんなど。
- 重篤な症状・・・約3万人～20万人に1人の割合で緊急処置を必要とする重篤なショック症状。
- 遅発性副作用・・・造影検査終了後約1時間から数日後に、じんましん・軽度のかゆみなど。

【医師造影剤使用確認欄】 *患者様の状態について、ご記入ください。

- 重篤な甲状腺疾患（機能亢進）はありますか？ ① はい ② いいえ
- 脱水や一般状態が極度に悪いですか？ ① はい ② いいえ
- ビグアナイド系糖尿病薬（メトグルコ等）の投与 ① あり ② なし

* ありの場合、造影検査後48時間の休薬をおすすめします。

- 下記に挙げる疾患は程度により原則禁忌となります。（ありましたらチェックしてください。）

重篤な心機能低下 重篤な肝機能低下（重症急性肝炎） 急性膵炎（極期）

重篤な腎機能低下（血液透析 有り・なし） 骨髄腫瘍 褐色細胞腫 マクログロブリン血症

★★★必ずチェックしてください★★★

- ①造影剤使用のリスクは特別考慮する必要はないものと判断。
- ②造影剤使用のリスクは高くないと判断。
- ③造影剤使用のリスクはあるが、造影検査の必要性が高いと判断。

*③をチェックの場合または、確認欄のチェックなしの場合、造影前に担当者より依頼医師に電話連絡します。
造影検査について、十分な説明と同意を得ました。

日 付 年 月 日 主治医署名

同意書

上記について十分に理解したうえで、造影検査を受けることに同意します。

日 付 年 月 日 患者署名

本人記入困難な場合 代理人続柄 () 代理人署名