

造影検査同意書（病診用）

【検査分類】

検査予定日 20 年 月 日

1. DIP 時間 _____ :

2. 造影CT

3. その他 ()

【問診票】

1. 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）

はい いいえ 未使用（今回は初めて）

* はいとお答えの場合

（・検査中 ・帰宅してから）で症状は（_____）

2. 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）などがでたことがありますか？

はい いいえ

* はいとお答えの場合（薬名 ・ 注射名 _____）

3. 気管支ぜんそくと言われたことがありますか？

はい いいえ

* はいとお答えの場合、その状態等は（_____）

4. 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？

はい 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。

1. 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。
2. 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・広汎なじんましんなど。
3. 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。
4. 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。

1. 重篤な甲状腺疾患（機能亢進）はありますか？ はい いいえ
2. 脱水や一般状態が極度に悪いですか？ はい いいえ
3. 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） 骨髄腫腎 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

造影剤使用のリスクは無しと判断。

造影剤使用のリスクは高くないと判断。

造影剤使用のリスクはあるが、造影検査の必要性が高い。

をチェックの場合または、確認欄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 20 年 月 日 主治医署名 _____

同意書

上記について十分に理解した上で、造影検査を受けることに同意します。

日付 20 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 _____