

# 造影剤使用の説明書・同意書

紹介元医療機関名

患者さま氏名

様

検査名： 造影CT

予約日： 西暦 年 月 日

**造影使用目的：** 診断に関して、より多くの情報量を得るために、画像にコントラストをつける検査です。また、造影剤を使わないと、診断できない疾患があります

**使用方法：** 通常、静脈から造影剤を、点滴または注射によって注入します

**造影剤の副作用：** 最近では副作用の少ないものが開発されていますが、まれに造影剤に含まれる物質により副作用が起こることがあります

- ① 軽い副作用：気分不快、吐き気、蕁麻疹・・・無治療で軽快します
- ② 重い副作用：意識障害、呼吸困難、腎機能障害、薬剤性ショック・・・治療が必要となります
- ③ まれに死亡に至る副作用も報告されています

※当院では、検査中に異常が出現した場合、迅速的確に対処する体制を整えています

※気管支喘息の患者様には、原則として造影剤は使用しません

※アレルギー体質の方は、副作用が起こる割合は高いとされています

造影剤が使えない場合の代替検査： \_\_\_\_\_

★ 副作用を予防するために、「造影剤問診票」のご記入もお願いします

説明日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ :

説明医師 \_\_\_\_\_ 同席看護師 \_\_\_\_\_

上記の説明により、造影剤を使用した検査の目的・副作用などについて理解した上で、

この検査を受けることに ( 同意します ・ 同意しません )

署名日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (本人) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

※造影検査に同意された場合でも、撤回することはできます

