

造影剤使用についての説明・同意書（院外用）

CT・MRI・その他（ ）

- あなたの現在の症状に対する原因を調べるために、草加市立病院で造影剤を使用した検査を行います。造影剤(CTなど：ヨード系造影剤、MRI：ガドリニウム系造影剤)を静脈内に投与します。造影剤を用いることにより、病気をより明瞭に描出できる利点があります。
- 造影剤を用いない検査も可能ですが、診断能が著しく低下することがあります。また、検査の種類によっては、造影剤を用いないとできないものもあります。
- 造影剤は一般に安全で、広く用いられている検査薬(検査の4割程度が造影検査)ですが、副作用が起きることがあります。副作用には造影剤注射直後から1時間以内に発生する即時性副作用と、7日目程度までに発生する遅発性副作用があります。

☆ ヨード系造影剤の即時性副作用の程度、種類、頻度(片山らによる168363例を対象にした調査による、1990年)

副作用の程度	副作用の種類	副作用の頻度
軽度	悪心・嘔吐、熱感、かゆみ・じんま疹、くしゃみなど	3% (100人に3人程度)
重篤以上	呼吸困難、急激な血圧低下、意識消失など	0.04% (2500人に1人程度)

☆ ヨード系造影剤の遅発性副作用の頻度は3～8%で、そのほとんどは軽度の症状とされています。

☆ ガドリニウム系造影剤にも同様の副作用がありますが、頻度はやや低い(1.3%)とされています。

担当医チェック欄

※以下は程度により造影剤投与不可となります。 あるいはチェックしてください。

気管支喘息 重篤な心機能低下 重篤な肝機能低下 重篤な腎機能障害(透析：有・無)

甲状腺機能亢進症(CT検査のみ) ビグアナイド系糖尿病薬服用中(CT検査のみ)

私たちは以上の事項について、分かりやすく十分に説明いたしました。造影剤の使用について承諾される方はご署名をお願いいたします。

・ 医療機関名 _____ ・ 説明医師 _____
・ 電 話 _____

私は、造影剤使用について十分な説明を受け理解しましたので、造影剤を用いた検査を受けることに同意いたします。また、緊急の処置を行う必要が生じた場合には、必要な処置を受けることについても同意いたします。

記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代理人または
患者氏名(署名) _____

※ 予約申込書と一緒にFAXで送付してください。(原本は紹介元医療機関にて保管)