

造影剤同意書

造影剤に関する説明

造影剤を使用した検査が予定されています。

造影剤とは、検査において病気の有無やその性質、範囲、状態をより正確に評価するために使用する薬です。造影剤を使用しなくても可能な検査もありますが、造影剤によって正確な診断をすることができ、今後の治療にも役立ちます。

造影剤の使用に同意いただけない場合でも、当院における診療に際し、一切の不利益は生じません。ただし、造影剤を用いないで可能な限り正確な診断となるような検査を行います。正確な診断が出来ずに病気を見落とす可能性がありますのでご了承ください。

尚、造影剤の使用に同意いただいた後でも病気の性質その他の医学的な理由で造影剤を用いない場合がありますので、あわせてご了承ください。

造影剤の副作用

CT検査やMRI検査で使用する造影剤は、いずれも副作用の少ない安全な薬です。しかし他の薬と同様に、稀に体に合わずアレルギー反応を示す場合があります。

◆CT検査

軽度・蕁麻疹・くしゃみ・かゆみ・頭痛・吐き気・嘔吐など(約5%)

重度・呼吸困難・ショック(約0.04%)・心停止(約0.002%)・死亡(約0.0002%)

◆MRI検査

軽度・蕁麻疹・くしゃみ・かゆみ・頭痛・吐き気・嘔吐など(約0.2%)

重度・呼吸困難・意識障害・血圧低下など(約0.00025~0.0005%)・死亡(約0.0001%)

万が一、検査中に異常がみられた場合は直ちに検査を中止します。副作用が生じた場合は院内の医師・看護師によって直ちに治療できるよう万全の体制を整えて検査を行っています。検査中に異常を感じた時には、すぐにお知らせください。

また、検査直後に異常がなくても、検査後1時間から数日の間に副作用が現れることがあります。ほとんどの場合は一時的なものですが、ご心配でしたら当院へ連絡をください。尚、副作用が一時的な症状でも次回診察の際に主治医にお知らせください。

以上の説明をお読みの上、以下の該当する項目にお答えください。

年 月 日

造影剤の有用性及び副作用について説明しました。

医師名

印

造影剤に関する説明を受け、その有用性及び副作用について理解しました。

造影剤を使用して検査を行うことに同意します。

造影剤を使用して検査を行うことに同意しません。

患者様氏名(自署)

(患者様ご本人が未成年の場合あるいはご署名困難な場合)

代理同意者氏名

(続柄)