

造影剤使用の説明と同意書

検査の際に、造影剤という薬を血管から注射しながら撮影する事が必要となります。造影剤を使用せずに撮影することもできますが、造影剤を使用しないと判断できない病気もあります。造影剤は副作用の少ない薬ですが、まれに下記のような副作用を起こすことがあります。従って、造影剤は必要と考えられる場合に限り使用します。また、以前に造影剤で副作用のあった方、気管支喘息の方は副作用が起こる可能性が高いので、原則として造影剤は、使用しません。万が一副作用が発生した場合、迅速に治療・処置を致します。

造影剤で起こりうる副作用

- 軽い副作用 : 吐き気・動悸・頭痛、かゆみ、発疹などで、無治療で軽快します。起きる可能性は、100人中5人以下（5%以下）です。
- 重い副作用 : 呼吸困難、意識障害、血圧低下などで、治療が必要となります。症状によっては、入院が必要となります。起きる確率は、2千人中1人未満（0.04%未満）です。
- 死亡に至る副作用 : 10～20万人中1人（0.004～0.001%）の確率で、起きます。（ショックから死亡に至る場合）

あなたにはこの検査が必要であること、造影剤の副作用について説明しました。

造影剤使用歴	<input type="checkbox"/> 有	:	<input type="checkbox"/> 無	造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 有	:	<input type="checkbox"/> 無
				(症状;)
気管支喘息	<input type="checkbox"/> 有	:	<input type="checkbox"/> 無	アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有	:	<input type="checkbox"/> 無
			(喘息有りの場合、現在 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療していない)				
腎機能障害	<input type="checkbox"/> 有	:	<input type="checkbox"/> 無	妊娠・授乳の可能性	<input type="checkbox"/> 有	:	<input type="checkbox"/> 無

説明日 平成 年 月 日

説明医師サイン

印

上記の事柄について説明を受け、理解しました。
本造影剤の投与を受ける事に同意するとともに、万一副作用が起きた場合は、必要な治療や処置を受けることに同意します。

同意日 平成 年 月 日

患者署名

(未成年者の場合親権者)

患者代理人署名

患者署名（又は親権者）の署名がある場合不要