

# 造影剤使用について

## — 問診、説明および同意書 —

検査日：平成	年	月	日	(午前・午後)	時	分	検査予定
氏名：	_____		生年月日	M・S・H	年	月	日
検査部位：	頭部	頸部	脊椎	胸部	腹部	骨盤部	その他 ( )

### 問 診 票

安全に安心して造影剤を使うために、下記の質問項目に「あり」「なし」でお答え下さい。

#### 1) 病気〈アレルギー性、および 腎臓〉

##### アレルギー性の病気

【あり なし】

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息       | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 |
| <input type="checkbox"/> 花粉症         | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー ( ) |                                   |
| <input type="checkbox"/> その他食物等 ( )  |                                   |

##### 腎臓の病気 (腎機能障害)

【あり なし】

#### 2) 造影剤を使った検査

##### これまでに経験されたことがありますか

【あり なし】

- CT    MRI    血管造影    腎臓検査    胆のう検査

##### ありと答えられた方で、副作用はありましたか

【あり なし】

- |                               |                                  |                             |                              |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> じんま疹 | <input type="checkbox"/> 吐き気     | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 冷や汗 |
| <input type="checkbox"/> めまい  | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                             |                              |

# 同意書

## 1. 造影剤を使う目的と、その副作用(造影剤アレルギー)について

【目的】診断をより正確にするために造影剤を使います。

【副作用】造影剤は安全な薬ですが、まれに副作用(造影剤アレルギー)がおきることがあります。

当院では、副作用に対しても万全の体制を整えております。

ただ、体質によって稀に副作用が出現する場合があります。

下記の副作用をご理解いただき、検査を受けるか否かお決め下さい。

なお、検査中に異常を感じたら、ためらわず、すぐにお申し出下さい。

副作用の重さ	頻度(確率)	症状	対応
軽い	5%以下 (約100人に5人以下)	じんま疹、かゆみ、くしゃみ 吐き気、動悸、頭痛など	1～2回の 薬の内服・注射
重い	0.1%以下 (約1000人に1人以下)	呼吸困難、血圧低下 意識障害など	入院治療 後遺症が残ることあり
重篤	0.001%以下 (約10万人に1人以下)	死亡	

## 2. 造影剤の血管外漏出について

適切な静注技術を使用しても、自動注入器を使用した場合0.25～9%の割合で造影剤の血管外漏出が発生し、症例によっては外科的手術を必要とする場合がありますので、検査開始までに針先に異常を感じたら、ためらわずにお申し出下さい。

### ※同意される場合

担当医と上記文章の説明により、造影剤を使った検査を受けることに同意します。

ご署名 \_\_\_\_\_ [本人・代理人 ( )] 平成 年 月 日

(なお、同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

### ※同意されない場合

担当医と上記文章の説明により、造影剤を使った検査を受けることに同意しません。

ご署名 \_\_\_\_\_ [本人・代理人 ( )] 平成 年 月 日

(なお、同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)