

## 造影剤使用説明・同意書

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 様  
検査を実施するにあたり、より詳細な情報を得るために造影剤の静脈注射が必要です。

### <造影剤使用時の主な副作用>

熱感・嘔気・発疹・口内乾燥・嘔吐・紅潮

### <重大な副作用>

- 1) ショック、アナフィラキシー症状・呼吸困難・顔面浮腫  
2) 急性腎不全 3) 肺水腫 4) せん妄・錯乱・健忘症・麻痺・意識障害・失神

※上記のような副作用が起こりやすい体質かどうかを主治医が把握するために以下の質問にお答えください

1. 以前に血管に注射したあと、あるいは点滴をしながらレントゲン写真やCT・MRIを撮るような検査を受けたことがありますか  はい  いいえ  
「はい」と答えた方は次の質問にお答えください
- 1) 蕁麻疹がでましたか  はい  いいえ  
2) 吐き気がするなど気分が悪くなりましたか  はい  いいえ  
3) その他、身体の具合が悪くなりましたか  はい  いいえ
- 2.
- 1) これまでに喘息と言われたことがありますか  はい  いいえ  
2) 薬剤や食事によるアレルギー体質があると言われたことがありますか。  
 はい  いいえ  
3) 甲状腺機能亢進症（バセドー氏病）と言われたことがありますか。  
 はい  いいえ  
4) 心臓の病気、高血圧と言われたことがありますか。  はい  いいえ  
5) 腎臓が悪いと言われたことがありますか。  はい  いいえ  
6) 糖尿病と言われたことがありますか。  はい  いいえ

### <検査後の注意事項>

- 1) 造影剤は尿と一緒に体外に排出されます。水分を多く摂取して尿を出してください。  
2) 副作用は遅れて出る場合もあります。そのような時にはすぐに連絡してください。

\* 造影剤使用に関する説明を行い、問診票等の結果により造影剤の使用を許可します。

医師名: \_\_\_\_\_ (必須)

\* 造影剤検査の説明を受け、これを理解したうえで造影剤を使用することに同意します。

同意日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (必須)

患者名: \_\_\_\_\_ 印  
または代理人名(続柄): \_\_\_\_\_ ( ) 印  
} いずれか (必須)