

造影検査同意書

1. 造影剤使用の目的

造影剤を静脈内に投与することにより、微小病変や非造影CT・MRIでは正常構造と同じように見える病変が描出できるようになります。異常の見落としを少なくすることが出来るほか、病変の質的診断も可能となります。

2. 造影剤の副作用

検査は、現在の症状や以前にかかった病気、家族の方がかかった病気などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後しばらくしてから下記の様な副作用が起きることがあります。

①CT・DIC造影剤の副作用とその頻度

- 軽症：40人に1人（かゆみ、蕁麻疹、胃部不快感、嘔気、嘔吐、熱感、息切れなど）
重症：25000人に1人（治療の必要な不整脈、ショック、けいれん、腎不全、意識消失など）
死亡：40万人に1人

②MRI造影剤の副作用とその頻度

- 軽症：100人に1人（頭痛、嘔吐、潮紅、咽頭浮腫、血管浮腫など）
重症：1.9万人に1人以下（呼吸困難、肺水腫、ショック、視覚障害、けいれんなど）
死亡：極めて稀（83万人に1人程度）
（1988.9～2002.12末までの統計、鳴海、中村 日本医放会誌題65巻第3号〈2005〉）

3. 造影剤副作用の予知について

初めて造影検査を受けられる方、または今まで造影検査による副作用を起こしたことがない方が、今回の造影検査で副作用を起こすかどうかを予知する方法は現在のところありません。

ただし、アレルギー体質（喘息・アレルギー性鼻炎・発疹・蕁麻疹など）の方の副作用発現率はやや高くなるとされています。造影検査に同意いただける場合は、付属の問診表にお答え下さい。

※万一、副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。

西暦： 年 月 日、 様に対し、下記検査の検査目的と造影剤使用の意義、副作用について説明致しました。

検査部位

西暦： 年 月 日 CT MRI DIC DIP ()

西暦： 年 月 日 CT MRI DIC DIP ()

医師氏名

同席者

私は、担当医師から造影検査の目的・危険性について十分な説明を受け、様々な副作用が起こりうることを理解しました。診断のための必要性と危険性を考慮した上で、造影検査を受けることに同意します。

また、副作用が見られた時には必要な処置を受けることを承諾致します。

西暦： 年 月 日

患者署名

代理人署名

続柄 ()

※ 同意書にご署名いただいた後でも、いつ造影検査を拒否されてもかまいません。

造 影 検 査 問 診 表

体重 : _____ Kg

この問診表は、検査をできるだけ安全確実にを行うためのものです。お分かりになる範囲で正確に記入をお願いします。

検査担当医師の判断で危険性が高い場合、造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

①、アレルギー性の病気、アレルギー体質などがある。 (はい いいえ)

ぜんそく 蕁麻疹 アトピー アレルギー性鼻炎 薬物アレルギー
 食物アレルギー その他 (_____)

②、ご家族の方で、アレルギー性の病気、アレルギー体質などがある。 (はい いいえ)

③、以前、造影検査にて副作用を認めたことがある。 (はい いいえ)

④、腎臓の病気がある。 (はい いいえ)

⑤、心臓の病気がある。 (はい いいえ)

⑥、以下のような病気の既往がある。

甲状腺機能亢進症 多発性骨髄腫 褐色細胞種 マクログロブリン血症
 テタニー

⑦、糖尿病の治療中である。(内服または注射) (はい いいえ)

『はい』とお答えの方は、その種類を教えてください。 (_____)

※ お薬の種類によっては、中断しないと検査が行えない場合があります。

⑧、手術歴がある。 (はい いいえ)

いつ頃、どの様な手術をされましたか。 (_____)

⑨、体内に金属・磁性体の物がある。 (はい いいえ)

心臓ペースメーカー 脳動脈クリップ 人工弁 人工関節 人工内耳
 義歯・歯列矯正器具 義眼 義手・義足 補聴器 避妊リング
 刺青 金属ステント カラーコンタクトレンズ(検査時には必ず必要があります。)
 上記以外の体内金属 (_____)

⑩、体内の金属の材質を記入して下さい。

磁 性 体 (_____)
 非 磁 性 体 (_____)
 詳 細 不 明

⑪、閉所恐怖症である。 (はい いいえ)

⑫、女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠の可能性がある。または、妊娠中あるいは授乳中である。 (はい いいえ)