

造影検査に関する説明書

病名、症状、検査目的など：(_____)

1、検査上の注意

- ・あなたは上記の理由により (CT, MR, 血管造影、TV透視、他 _____)
を行い、精密検査をする必要があります。
- ・造影剤を血管や体内などに注射、注入することにより、診断がより精密になります。
- ・検査中からだの不調を感じたときは、そばにいる職員に申し出て下さい。
- ・副作用が発生した場合は迅速に対応しますが、下記のような副作用が発生する可能性がありますので、ご承知おき下さい。
- ・妊娠中、妊娠の可能性がある場合は、予めお知らせ下さい。
- ・授乳は数日 (2～3日) 中断して下さい。(投与後24時間で約97%排出されます)
- ・検査前や検査後は水分の補給を充分行って下さい。(主治医から水分を制限されている方は除きます)

2、造影剤の副作用の可能性について

- ・造影剤注射時に全身の熱感や口腔内に苦味を感じたり、注射針の入っている部位に若干の痛み、違和感、熱感、冷感を感じる事がありますが、これらは一時的なもので心配いりません。
- ・まれに (3～5%前後) ですが、気分が悪くなったり、熱感、じんましん等の症状が生じることがあります。
- ・ごくまれに、腎臓の機能が悪くなる場合があります。(5千人にひとり程度)
- ・さらにまれに (1万人にひとり程度)、急激な血圧低下などの重篤な症状が発生する可能性があります。また、数十万人にひとり、死亡の可能性があるといわれています。
- ・造影検査終了後、時間をおいて (1時間～数日) 発生する副作用 (多くは全身の発疹) が報告されています。このような場合、早急に当院までご連絡下さい。

説明月日 年 月 日

説明医師 _____

同 意 書

市立御前崎総合病院長 殿

年 月 日

この度、私が貴院で _____ 年 _____ 月 _____ 日 (CT, MR, 血管造影、TV透視、他 _____) 検査において造影剤を用いた造影検査を受けるにあたり、担当医から説明を受け、診療上必要である事を理解しましたので、同意します。

また、造影検査に関連し担当医が必要と認めた診療行為についても同意します。

患者氏名(本人署名) _____

家族等署名 _____

続柄(_____)

注：患者様が15歳未満、又は意識障害などで署名が出来ない場合は、御家族等の署名と、患者氏名の記入をお願いします。

ID番号

氏名

生年月日

造影検査に関する問診表

血清クレアチニン _____ mg/dl

eGFR _____ ml/分

質問1. あなたは、アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか
(喘息、じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、かぶれ、
飲み薬や注射での副作用)
 なし あり

質問2. あなたのご家族に、質問1のような方がいますか
 なし あり

質問3. 下痢や食欲不振がありますか (脱水の有無)
 なし あり

質問4. 痛み止めを服用していますか (非ステロイド系消炎鎮痛剤服用の有無)
 なし あり

質問5. あなたは糖尿病と診断されたことがありますか
 なし あり

質問6. 今までに造影剤 (注射) を用いた頭部、胸部、腹部、腎臓などの検査を受けたことが
ありますか
 なし あり (部位 _____)

質問7. その時、副作用がありましたか
 なし あり (発疹、吐き気、その他 _____)

問診月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 問診者 _____