

患者氏名：

ヨード系造影剤に関する説明と同意書

検査予定日：	年	月	日
--------	---	---	---

◎ヨード造影剤

各種X線検査において血管内に注射する検査薬として広く使用されています。

造影剤を注射しながら検査することにより、詳しくあなたの体の状態を知ることができます。

◎副作用の種類

急性副作用：造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に過敏症による副作用が出現する可能性があります。

(軽症) 吐気、嘔吐、蕁麻疹、発疹など

(重症) 血圧低下、息苦しさ、意識消失など

極めて稀ですが死亡に至る例もあります。(0.004%)

遅延性副作用：稀に検査後数時間以降に発疹などの症状が出る可能性はありますが、多くは軽度なものです。

残念ながら、このような副作用がいつ発生するかを事前に知ることはできません。

今までの検査で造影剤使用の際に異常が無くても、今回副作用が出ることもあります。

副作用の発生の可能性はありますが、主治医はあなたの病気を診断・治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に有用であると考えています。

◎その他

造影剤を注射する際に血管外に造影剤が漏出する可能性があります。

注射した部分に腫れや痛みを伴うことがありますが、時間が経てば体内に吸収されますので心配はありません。

副作用・漏出が発生した場合には状況に応じ処置が必要になる場合があります。

これらの際の処置に対する医療費は、保険診療の範囲内で患者様の負担となりますがご了承ください。

依頼医師記入欄

ヨード造影剤使用における禁忌事項はありませんので造影検査を依頼します。

説明日 年 月 日

医師署名

草加八潮循環器クリニック院長 殿

* 上記事項の必要性和副作用の可能性を理解したうえで、ヨード造影剤使用に同意します。

(同意した後でもこの同意は撤回することができます。検査前までに申し出てください。)

同意日 年 月 日

署名(本人)

署名(家族・代理人)

続柄()

住所(家族・代理人のみ)

※本人署名がある場合は、家族・代理人の署名及び住所は不要です。