

造影剤検査に関する同意書（説明書）

患者氏名 _____ 様 性別 _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 に以下の通り説明しました。

説明医師氏名 _____ 同席看護師氏名 _____

【目的と必要性】

病気の診断のため検査時に下記の造影剤を使用します。
造影剤を使用する検査では、病変の程度がより詳細に得られるため、造影剤を使用しない検査ではわからない病気が判明する可能性があります。

【造影剤使用検査】

- ヨード系造影剤：CT・血管造影・X線TV（泌尿器系・脊髄・関節・卵管等）
- ガドリニウム系造影剤：MRI
- バリウム製剤：消化器系・嚥下等
- 超音波造影剤：肝臓・ラジオ波治療等
- Xeガス：CT

【禁忌】

- ・ヨード系造影剤：ヨード過敏症の方、重篤な腎機能障害のある方
- ・ガドリニウム系造影剤：重篤な腎機能障害のある方
- ・超音波造影剤：卵、卵製品にアレルギーのある方

【副作用、合併症】

上記の造影剤は厚生労働省より安全性を認定された薬剤ですが、他の医薬品と同様に下記に記載した副作用が発現することがあります。

- 1) ヨード系造影剤・ガドリニウム系造影剤・超音波造影剤
副作用としては、吐き気、嘔吐、蕁麻疹、かゆみ、発赤、咳、くしゃみ、頭痛、めまい、発熱、手足のむくみ、動悸、血管痛などがあります。ごく稀に、痙攣、アナフィラキシーショック症状（呼吸困難、血圧低下など）が生じ、生命に危険が及ぶことがあります。
また、遅延性副作用が造影剤使用数時間から数日後に、頭痛、吐き気、めまい、発疹蕁麻疹などとして現れることもあります。ガドリニウム系造影剤では腎性全身性繊維症が出現する可能性があります。
- 2) バリウム製剤
便秘、下痢、吐き気、バリウム製剤過敏症アレルギー、誤嚥性肺炎、消化管裂孔、腸閉塞、腹膜炎などの副作用が発現することがあります。
- 3) 大腸CT
消化管裂孔、腹膜炎、バリウム製剤過敏症アレルギーなどの副作用が発現することがあります。

☆以上不明な点がありましたら、随時主治医にご相談ください。
また、今回の説明に他病院の医師の意見（セカンドオピニオン）をお訊きになりたい場合には、ご希望の病院に紹介状を書きますので、ご遠慮なくお申し出ください。

上記の通り、検査時の造影剤使用に関する説明を受け実施に、 同意します。

同意しません。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者氏名（署名） _____

代理人氏名（署名） _____ （続柄： ____）

同意を拒否されても、また直前に同意を撤回されても、診療上の不利益を受ける事はありませんので遠慮なく申し出てください。患者本人、ご家族と再度相談のうえ、他の方法を選択いたします。