

ヨード造影検査同意書(共同利用)

造影検査の必要性・造影剤による副作用が起こる可能性を理解した上で下記の事項を確認し、同意の上、署名を行ってください。

【実施予定の検査】

ヨード造影剤を使用する検査 (造影CT, DIC-CT, IVP・DIP, その他の造影検査)。

【検査名と実施予定日】

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 造影CT | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> DIC-CT | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> IVP/DIP | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> その他の検査(血管外使用も含む) | 月 | 日 |

【以下の事項を確認下さい】

- 禁忌項目: 重篤な甲状腺疾患,ヨードまたはヨード造影剤に過敏症の既往がありますか?
 はい(造影剤検査は出来ません) いいえ 軽度な副作用と考えられる症状
 (症状: _____ いつ: _____)
- 原則禁忌項目: 一般状態が極度に悪い,気管支喘息,重篤な心・腎・肝障害,急性膵炎,マクログロブリン血症,多発性骨髄腫,テタニー,褐色細胞腫またはその疑いはありますか?
 * はいの場合は(_____)内に疾患名を記入して下さい。
 はい (_____) いいえ
- ステロイド薬を検査前に使用しましたか?
 はい (薬剤名 _____) いいえ
- 糖尿病治療薬剤の一部(ビグアナイド系製剤):
 メトグルコ錠®,グリコラン錠®,メデット錠®,ネルビス錠®,メトホルミン塩酸塩錠®,ジベトス錠®,ジベトンS腸溶錠®,メタクト配合錠®,エクメット配合錠®は、乳酸アシドーシスを起こすことがあるので、休薬(造影検査前と後それぞれ48時間以上の休薬)が必要なことがあります。
 ●現在、これらの薬を服用していますか?
 はい ➡ 休薬指示済み いいえ
 緊急のため主治医判断で実施

【注意】

- ※ 重篤な甲状腺疾患～甲状腺機能亢進症 (薬物でコントロールされているものは除く)
 ※ ヨード過敏症 ～アナフィラキシー, アレルギー(遅延性アレルギー含む)

1の禁忌項目に「はい」と答えた人は造影剤が使用できません。

2・3に「はい」と答えた人は医師に安全性を確認の上、署名して下さい。

説明者: 紹介元医療機関名 _____

年 月 日

紹介元医師名 _____

私は上記の造影検査に関する説明を受け、検査に同意します。

年 月 日

氏名: _____

本人署名: _____

代理人署名: _____

(患者との続柄: _____)

造影検査当日の

体重 kg

※患者の署名がある場合には家族などの署名は不要です

ヨード造影検査説明書（造影剤に関して）

画像検査で正しい診断をするためには造影剤が必要なことがあります。本院では安心して造影検査を受けていただくために、担当医から十分な説明を行い、患者様の同意を得たうえで検査を行いたいと考えております。

担当医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問され、納得されて、造影検査実施に同意される場合は署名のうえ、お返し下さい。なお、同意を拒否されても実施直前に撤回されても診療上、不利益を受けることはありません。

1. 造影剤を使う意義

CT, DIC, IVP, DIP画像診断では造影剤を静脈内に注射することで鮮明な画像が得られ、炎症や腫瘍性病変、血管性病変の描出が向上し、精度の高い診断ができます。

また、一部の疾患では造影剤を使用しないと診断ができません。

2. 造影剤の副作用について

*CT造影剤（IVP・DIP造影剤）の副作用出現の頻度：

軽度の副作用（頻度50から100に1人）：発疹、掻痒感、紅潮、吐気、嘔吐、熱感、頭

・重篤な副作用（頻度2000から3000に1人）：

アナフィラキシーショック、呼吸困難、急激な血圧低下、心停止
意識消失、肺水腫、腎不全、痙攣など。

・死亡（頻度10万に1人）：極めてまれ。

・遅発性副作用（頻度50人に1人）：造影剤投与後より1時間から数日後に頭痛、悪心、発疹、掻痒、蕁麻疹などを認

3. アレルギー体質や薬剤を使用して過敏症を起こしたことがある患者様は副作用を生じる可能性がやや高くなりますので担当医にお申し出のうえ、相談してく

4. 注射針が血管内に確実に入っている事を確認してから、一定の速度で造影剤を注入しますが、血管組織が脆弱な場合に血管外に漏れて腫れや痛みが生ずる事があります。多くの場合は経過をみるだけで自然に回復しますがまれに治療を必要とする場合があります。

5. 副作用等が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。安心して検査を受けてください。

以上の説明でご不明な点がございましたら、またそれ以外にもお聞きになりたいことがありましたら、いつでもお聞きください。

（ご説明いただいた医師の署名をお願いいたします）

説明者：紹介元医療機関名

年 月 日

紹介元医師名