造影検査を受けられる方へ　　済生会千里病院（ＦＡＸ　06-6871-5915）

重篤な副作用を避ける為、以下の質問にお答え下さい。

1. 造影剤による副作用が出たことがありますか？　□ある　□ない
   ある場合　検査名（　　）
2. 現在喘息で治療中ですか？　□治療中　□治療中ではない
   何年前まで治療していましたか？　（　　年前）
3. ヨード過敏症・アレルギーと言われたことがありますか？　□ある　□ない
4. 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか？　□ある　□ない
5. 現在糖尿病の薬を服用していますか？(ビグアナイド系)　□している　□していない
   ※ビグアナイド系の薬（不明な場合も含む）を服用している場合、当日朝は飲まないで下さい。
6. 女性の方へ　妊娠の可能性がありますか？　□ある　□ない

※質問において、「ある」「治療中」「している」がある場合、基本的に造影検査を受けることができません。

ヨード系造影剤に関する説明と同意書

□造影ＣＴ　□血管造影　□ＤＩＰ（ＩＶＰ）　□その他（　　）

紹介元医療機関：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明年月日：20＿＿年＿＿月＿＿日

説明医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

今回推奨する造影検査は、あなたの病気の状態を知る為に必要な検査です。その検査に用いる造影剤は、病気の存在や性質および範囲をより詳しく調べる為に使用します。

造影剤による副作用は 3%と非常にまれですが、安全で納得できる検査を受けて頂くため、当済生会千里病院では問診と同意を頂いております。造影剤の注射は、医師又は看護師がおこないます。

＜造影剤の危険性について＞

◇　造影剤の小児、胎児への安全性は確立されていません。

◇　造影剤の使用中に、軽い発疹や吐き気などの軽度の副作用が 3%程度みられます。また、時には重篤な副作用（ショックやアナフィラキシー）が出現する事があります。非常に低い確率（0.001%以下）ですが死亡例も報告されています。又検査後、数時間後から数日中に遅れて副作用が出る事があります。

◇　造影剤の血管外漏出により、痛み、腫れ等の副作用が生じる可能性があります。

◇　注射の針が細い神経に当たり、痛みやしびれが残ることや、ごくまれに後遺症として運動機能が損なわれることがあります。（1 万人に 1 人以下）

※　□ 透析中であるが、主治医の責任において造影剤を使用する。

≪造影検査同意事項≫

上記、造影検査を受けるにあたり、記載されている各事項について書面および口頭で説明を受け、その内容を十分に理解しました。

その上で、自由な意思に基づき、この造影検査を受けることについて

（　同意します　・　同意しません　）⇦　どちらかに○印をつけて下さい

署名年月日　　20＿＿年＿＿月＿＿日

同意者（本人）氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄＿＿＿）

家族立会者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄＿＿＿）

＊１枚目はＦＡＸ送信用兼検査依頼医療機関保管用、２枚目と３枚目を患者さんにお渡しください。（ＦＡＸ送信用兼検査依頼医療機関保管用①）

2019/09 改訂