

# 造影検査説明書及び同意文書

## 【造影検査の説明と問診】

### 1. 検査の目的

造影検査は病気の存在診断・質的診断・治療効果の判定や今後の治療方針・予後判定をより正確に診断するために行います。あなたの病状から造影検査が必要だと思われます。

### 2. 副作用

今回実施する造影検査は“ヨード造影剤”という検査薬を経静脈的あるいは経口的に投与して行います。検査に際しては既往やその時点での症状に注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後に副作用症状が起きることがあります。副作用の発生は全体の約3%と報告されています。多くは吐き気、かゆみ、じんましんといった軽度のものですが、約0.04%に血圧低下、呼吸困難、ショックなどの重篤な副作用もあると報告されています。また、造影剤の注入は血管内に確実に注射針が入っていることを確認してから開始しますが、まれに血管が脆弱（もろく弱い状態）になっており、途中で漏れて痛みやしびれなどを生じることがあります。上記の場合、多くは自然に回復しますが、まれに処置が必要となる場合があります。

### 3. 問診及びチェック事項

検査をできるだけ安全に行うためのものです。おわかりになる範囲でお答えください。

- |                    |                            |   |                        |
|--------------------|----------------------------|---|------------------------|
| a. ヨードや造影剤の過敏症の既往歴 | 無                          | ・ | 有                      |
| b. 喘息              | 無                          | ・ | 有                      |
| c. 甲状腺機能亢進症        | 無                          | ・ | 有                      |
| d. 服用薬剤            | 無                          | ・ | 有（ビグアナイド系糖尿病用剤・βブロッカー） |
| e. 3ヶ月以内の血清クレアチニン  | （1.5mg/dl未満・1.5mg/dl以上・不明） |   |                        |

説明年月日：                      年                      月                      日

担 当 医：

立 会 人：

## 【同意文書】

私は、上記の説明により検査の必要性や副作用について理解できましたので、造影検査を受けることに同意いたします。また、処置の必要が生じた場合は適宜処置をされることについても同意いたします。（同意された場合でもいつでも撤回することができます。）

同 意 年 月 日：                      年                      月                      日

本人または代理人(続柄                      )：

連絡先：医療法人大分記念病院 097-545-4890