

## ヨード系造影剤使用に関する説明及び同意書

I D 検査名  
 氏名 ※C T 血管造影 胆道系造影 消化器管造影 尿路系造影  
 生年月日 その他 ( )  
 説明日 年 月 日  
 依頼日 説明者  
 依頼病院

### 【造影剤に関する説明】

今回実施するX線検査は造影剤（ヨード製剤）を使用し検査を行います。造影剤は、病気（腫瘍など）の有無や病気の性質・範囲を正確に確認する為に用いられ、造影剤を使用しない場合との比較ではその病気の検出率に有意差があります。

造影剤を使用するかどうかは検査の目的や部位によりさまざまですが指示を出される医師により判断されます。

### 【副作用についての説明】

造影剤を使用する事により、以下の副作用が発生することがあります。

1. 軽度：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹などがあります。このような症状は、検査の直後から検査後1～2日後に発生することがあり、これらは症状により治療を必要としないか、1～2回の投薬や注射が必要になる場合があります。発生確率は約5%以下です。
2. 重度：呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全などは、入院治療が必要です。場合によっては後遺症が残る可能性があります。発生確率は0.01%～0.02%です。又、症状・体質によっては、0.0005～0.001%（10～20万人に1人）で死亡する場合があります。

### 【造影剤使用時の説明】

1. 造影剤の注射をする時には体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配ありません。
2. 勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には注射を行った部位がはれ・痛みを伴うことがありますが基本的には時間がたてば吸収され全く心配はありません。漏れた量が非常に多い場合には別の処置が必要になることもあります。
3. 当院では、万一の副作用に対して医師がすばやく対応できる体制で検査を行っております。もし検査中異常を感じましたら、ためらわずにすぐに検査担当者に声を掛けてください。

注 同検査を今後、施行する場合であっても上記と同様の副作用が出現する可能性があります。

注 入院された場合の一連の造影検査にもこの同意書をもって同意されたものとさせていただきます。

上記の説明により造影剤使用による検査を受けることを**同意します**。

（同意された場合でも、いつでも撤回はできます。）

記入日： 年 月 日

本人又は、代理人（続柄： ） （ご署名） 印

上記の説明により造影検査を受けることに**同意しません**。

記入日： 年 月 日

本人又は、代理人（続柄： ） （ご署名） 印