

ヨード造影剤についての説明書

医院名

患者氏名 () 男・女

生年月日 年 月 日 (歳)

1.造影剤について

造影剤は、CT、血管造影、腎盂造影、胆嚢造影、などの画像検査の時に使用する薬です。造影剤を使用することにより、病気の有無やその性質、範囲、状態をより正確に評価することが可能となり、今後の病気の治療に役立ちます。造影剤を使用しない場合でも検査は行えますが、診断能が低下する可能性がありますのでご了承ください。（*一部の検査は造影剤が必須となりますのでご了承ください。）

2.造影剤の副作用について

造影剤の副作用は、次のようなものです。

<0.1～5%未満>

発疹、発赤、かゆみ、くしゃみ、嘔吐、気分不快、血圧低下、等

<0.1%未満、その他>

ショック、アナフィラキシー様症状、腎不全、けいれん、肝機能障害、黄疸、息苦しさ、のどの異和感
肺水腫、めまい、死亡(40万例に1例：0.00025%)等

<頻度不明>

心房細動、冠動脈攣縮、急性呼吸窮迫症候群、意識障害、失神、麻疹、血小板減少、皮膚障害、
脳血管障害、等

<遅発性副作用>

投与後約30分～数日後に、上記副作用が出現した場合は病院へお知らせ下さい。

TEL：054-336-1111(担当外来または救急センター)

3.造影剤副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用をおこすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

4.その他

- ・希に造影剤が血管外に漏れて痛みを伴う場合があります。漏れた造影剤は時間がたてば吸収されますが、漏れた量が多い場合は、別の処置が必要になることもあります。
- ・造影剤を注入すると一時的に体が熱くなりますが、正常な反応ですので心配いりません。
- ・副作用が発生した場合は、一時的な症状でも次回診察の際に主治医にお話ください。

5.同意書の撤回について

同意書は検査施行前ならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

*以上の説明を読み、造影剤検査同意書に記入して下さい。

静岡市立清水病院

造影検査同意書

記入日： 年 月 日

医院名

患者氏名 () 男・女

生年月日 年 月 日 (歳)

静岡市立清水病院 病院長殿

私は造影剤使用について説明を受け、その必要性及び副作用について理解しました。

造影剤検査を行うことに**同意します**。

造影剤検査を行うことに**同意しません**。

(*造影剤を使用しない場合の検査精度の低下等の不利益を了承し病院の責任を問いません。)

検査予定日 年 月 日 時 分

検査名 CT 腎尿路系 胆道系 関節・脊髄造影 血管撮影 子宮卵管
MRI その他()

患者様氏名： (性別：)

*患者様氏名は代理人又は後見人署名の場合も記入

代理人又は後見人氏名： (続柄：)

*同意書は検査施行前ならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

医師署名：

静岡市立清水病院 TEL：054-336-1111