

# 造影剤検査同意書 (地域医療連携室用)

氏名 生年月日 F・M	
診療科 (病棟)	問診記入日

問診記入日 平成 年 月 日

次の質問は副作用を最小限にし、安全に検査を受けるために重要ですので必ず答えてください。

## 1. 今までに造影剤を投与されたことがありますか? ある ・ ない ・ わからない

CT	造影剤で副作用はありましたか?	なし・あり	(症状: )	年 月)
MRI	造影剤で副作用はありましたか?	なし・あり	(症状: )	年 月)
他検査	(検査名: )造影剤で副作用はありましたか?	なし・あり	(症状: )	年 月)

## 2. 安全に造影剤を使用するために以下の項目にお答えください。

甲状腺機能亢進症はありますか? (CT・尿路・血管造影などのヨード造影剤のみ)	なし・あり
気管支ぜんそくがありますか?	なし・あり (症状: )
薬物アレルギーがありますか?	なし・あり (症状: )
蕁麻疹を起こしたことがありますか?	なし・あり (症状: )
糖尿病のお薬を服用していますか? (ヨード造影剤との併用注意のため)	なし・あり (症状: )
腎機能異常がありますか?	なし・あり (症状: )
肝機能異常がありますか?	なし・あり (症状: )
心機能異常がありますか?	なし・あり (症状: )
家族が造影剤の副作用で入院治療したことがありますか?	なし・あり (症状: )
その他の注意点	なし・あり (症状: )

## 3. 注射時の説明・副作用の説明 (告知) 実施 ・ 未実施

注射時の説明 : 造影剤が体に注入されると体が熱くなる事がありますが、直接の刺激であり心配ありません。血管の条件によっては、造影剤が漏れて皮膚障害が起こる事があります。漏れた量が多い時は、処置や皮膚科受診が必要になります。(患者様負担になります。)

副作用の説明 :

軽い副作用	- 治療を要しない	吐き気、嘔吐、かゆみ、蕁麻疹など	- 2~3%	約100人に2~3人
重い副作用	- 治療を要する	血圧低下、喉頭浮腫など	- 0.0052%	約2万人に1人
死亡	-		- 0.00025%	約40万人に1人

遅発性副作用 - ごくまれに副作用が数時間~数日間経過してから起きる場合もあります。  
(MRIでは腎機能低下患者において、数日~数月間経過してから腎性全身性線維症の発症の報告があります。)

説明者 \_\_\_\_\_ (印)

北見赤十字病院長 あて (□に同意します・同意しませんにチェックをお願いします。)

同意します  同意しません。 患者様氏名 \_\_\_\_\_ (印)

保護者または代理人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(続柄) \_\_\_\_\_

(注) 保護者又は代理人欄は、本人が未成年または署名できない時などにご記入下さい。

医師の判定 実施 ・ 中止

患者様の容態により問診不能 実施

前処置 不要 ・ 要

“要”の時の前処置の内容

担当医 \_\_\_\_\_ (印)

\*説明者が記載し、病院控(紙原本)をスキャンしてください。(同意しない時もスキャンしてください)  
 \*この承諾を得た日付から1年後には再度承諾を得ること。  
 \*必須項目の記載、患者様氏名・担当医の署名がない場合は基本的には造影検査を行いません。  
 \*CT・MRIにおいて慎重投与の時は、原則として医師の立会いをお願いします。  
 \*「患者様の容態により問診不能 実施」を選択した場合、担当医は検査時の待機を行い緊急時に備えることとする。

# 造影剤検査同意書 (地域医療連携室用)

氏名 生年月日 F・M	
診療科 (病棟)	問診記入日

問診記入日 平成 年 月 日

次の質問は副作用を最小限にし、安全に検査を受けるために重要ですので必ず答えてください。

**1. 今までに造影剤を投与されたことがありますか？** **ある ・ ない ・ わからない**

CT	造影剤で副作用はありましたか？	なし・あり	( 症状 : )	年 月
MRI	造影剤で副作用はありましたか？	なし・あり	( 症状 : )	年 月
他検査	(検査名 : )造影剤で副作用はありましたか？	なし・あり	( 症状 : )	年 月

**2. 安全に造影剤を使用するために以下の項目にお答えください。**

甲状腺機能亢進症はありますか？ (CT・尿路・血管造影などのヨード造影剤のみ)	なし・あり
気管支ぜんそくがありますか？	なし・あり (症状 : )
薬物アレルギーがありますか？	なし・あり (症状 : )
蕁麻疹を起こしたことがありますか？	なし・あり (症状 : )
糖尿病のお薬を服用していますか？ (ヨード造影剤との併用注意のため)	なし・あり (症状 : )
腎機能異常がありますか？	なし・あり (症状 : )
肝機能異常がありますか？	なし・あり (症状 : )
心機能異常がありますか？	なし・あり (症状 : )
家族が造影剤の副作用で入院治療したことがありますか？	なし・あり (症状 : )
その他の注意点	なし・あり (症状 : )

**3. 注射時の説明・副作用の説明 (告知)** **実施 ・ 未実施**

注射時の説明 : 造影剤が体に注入されると体が熱くなる事がありますが、直接の刺激であり心配ありません。血管の条件によっては、造影剤が漏れて皮膚障害が起こる事があります。漏れた量が多い時は、処置や皮膚科受診が必要になります。(患者様負担になります。)

副作用の説明 :

軽い副作用	- 治療を要しない	吐き気、嘔吐、かゆみ、蕁麻疹など	- 2~3%	約100人に2~3人
重い副作用	- 治療を要する	血圧低下、喉頭浮腫など	- 0.0052%	約2万人に1人
死亡	-		- 0.00025%	約40万人に1人

遅発性副作用 - ごくまれに副作用が数時間~数日間経過してから起きる場合もあります。  
(MRIでは腎機能低下患者において、数日~数月間経過してから腎性全身性線維症の発症の報告があります。)

説明者 \_\_\_\_\_ (印)

北見赤十字病院長 あて (□に同意します・同意しませんにチェックをお願いします。)

同意します  同意しません。 患者様氏名 \_\_\_\_\_ (印)

保護者または代理人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(続 柄 \_\_\_\_\_)

(注) 保護者又は代理人欄は、本人が未成年または署名できない時などにご記入下さい。

**医師の判定** **実施** **・** **中止**

**患者様の容態により問診不能** **実施**

**前処置** **不要** **・** **要**

“要”の時の前処置の内容 \_\_\_\_\_

担 当 医 \_\_\_\_\_ (印)

\*説明者が記載し、病院控(紙原本)をスキャンしてください。(同意しない時もスキャンしてください)  
 \*この承諾を得た日付から1年後には再度承諾を得ること。  
 \*必須項目の記載、患者様氏名・担当医の署名がない場合は基本的には造影検査を行いません。  
 \*CT・MRIにおいて慎重投与の時は、原則として医師の立会いをお願いします。  
 \*「患者様の容態により問診不能 実施」を選択した場合、担当医は検査時の待機を行い緊急時に備えることとする。