

造影剤を用いた画像検査について

I. CT・IP・DIC・血管

血管内に造影剤(ヨード系造影剤)を注入しながら撮影することにより、血管系や尿路系の検査を行います。造影剤を使用すると稀に副作用を伴う場合があります。(発疹、はきけ、動悸、ショックなど)。副作用は使用した直後に発生するものと、2~3日後に発症する遅発性のものがあります。また、1回目では発症しなくとも2回目で発症する場合もあります。そこで造影剤による副作用の発生を事前に予知するための問診と副作用に対するご理解を頂き、検査の承認をお願いいたします。尚、ご不明な点はご遠慮なくお尋ねください。

II. MRI

MRI検査とは、磁気を利用して、身体各部を画像化したものです。CT検査と異なる点は、放射線の被曝がないこと、骨の影響を受けやすい箇所の描出に優れている点などです。時に造影剤を用いて病変部を際立たせることがあります。注射する造影剤の中には稀に副作用を伴う場合があります。(発疹、はきけ、動悸、ショックなど)。副作用は使用した直後に発生するものと、2~3日後に発症する遅発性のものがあります。また、1回目では発症しなくとも2回目で発症する場合もあります。そこで造影剤による副作用の発生を事前に予知するための問診と副作用に対するご理解を頂き、検査のご承認をお願い致します。尚、ご不明な点はご遠慮なくお尋ねください。

III. アレルギーに関する質問事項

1. 薬物・食物アレルギーの既往はありますか？

()なし

()あり

⇒

喘息 蕁麻疹 アトピー 花粉症

その他()

2. 過去にヨード剤を使用して検査したことはありますか？

()なし

()あり

⇒

CTスキャン 腎臓(尿路)造影 胆嚢造影 関節造影

心臓カテーテル 血管造影 その他()

3. 2で“(○)あり”とした方にお聞きします。その検査中または検査後に副作用は出ましたか？

()なし

()あり

⇒

蕁麻疹 発赤 口渇 あくび はきけ 嘔吐 発熱

呼吸困難 その他()

患者本人署名
(代理人署名)

記入年月日

造影剤を用いた検査・治療の同意書

検査名

部位・その他

- 造影CT検査: 頭部・顔面・胸部・腹部・軟部組織・血管系・他()
- 造影MRI検査: 頭部・顔面・胸部・腹部・軟部組織・血管系・他()
- DIC : 胆嚢・胆道
- IP : 腎・尿路
- 血管造影検査: 冠動脈・頭部・胸部・腹部・下肢・その他()

方法: _____

- 脊髄・関節造影: 脊髄腔・関節腔()

科

担当医師

私は、現在の疾病の診療に関して説明を受け、その必要性と利点およびそれに伴う

副作用等の危険性について十分に理解しました。

上記の実施及びそれに関連して医師が必要と認める検査や処置を受けることに同意いたします。

医療法人柏堤会 戸塚共立第2病院 殿

患者本人署名

親族または代理人署名

患者との続柄

夫妻・父母・親権者・子・兄弟姉妹・その他()

1. 本人の署名がある場合は、代理人の署名は不要です
2. 本人が判断不能な場合は、代理人が署名してください
3. 本人の同意に基づき本人の署名を代筆した場合は、代理人は代理人欄にも署名し患者との続柄を記入してください(○で囲む)