

# 造影検査に関する同意書

【MR I (ガドリニウム造影剤) ・CT (ヨード造影剤)】

## 川満外科用

### 1. 造影剤に関する説明

造影剤を使用した検査が予定されています。

造影剤とは、検査において病気の有無やその性質、範囲、状態などを正確に評価するために使用する薬です。造影剤を使用しなくても検査は可能ですが、造影剤によって正確な診断をすることができ、今後の治療に役立ちます。

造影剤の使用に同意いただけない場合は、病気の種類によっては病変が検出されなかったり、診断に迷ったりする場合がありますのでご了承ください。

造影剤の使用に同意いただいた後でも、医学的な理由で造影剤を使用しない場合がありますので、あわせてご了承ください。

### 2. 造影剤の副作用に関する説明

MR I やCT で使用する造影剤は、いずれも副作用の少ない安全な薬です。しかし他の薬と同様に、稀に体に合わずアレルギー反応を起こす場合があります。

#### ○ CT検査

軽度：じん麻疹、嘔吐、吐き気、頭痛など（約5%）

重度：呼吸困難・ショックなど（約0.04%）、心停止（約0.002%）、死亡（約0.0002%）

#### ○ MR I検査

軽度：じん麻疹、嘔吐、吐き気、頭痛など（約0.2%）

重度：呼吸困難・意識障害・血圧低下など（約0.0005%）、死亡（約0.0001%）

万が一、検査中に異常がみられた場合は直ちに検査を中止します。副作用が生じた場合は、迅速に最良の処置を行います。重度の場合、入院して特別な治療を必要とする場合があります。検査中に異常を感じた時は、すぐにお知らせください。

以上の説明をお読みの上、以下の項目にお答えください。

私は上記の説明を受け、造影剤の有用性及び副作用について理解しました。よって、

造影剤を使用して検査を行うことに同意します。

造影剤を使用して検査を行うことに同意しません。

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名（自著）

※患者様ご本人が未成年の場合あるいはご著名が困難な場合は下記の欄に記入してください。

代理同意者氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

医師署名 \_\_\_\_\_