

CT・MRI造影検査同意書

今回実施する検査は造影剤という薬剤の注射をして行います。
造影剤を使用しなくても検査は行えますが、造影剤を用いることにより、
病気の状態をより明確にし、今後の治療に役立てます。
これは安全な薬剤ですが、まれに次のような副作用が起きることがあり、予見不能です。

1. 軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹、咳、くしゃみなど
基本的に治療を要しません。
2. 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下など
通常は治療が必要で、後遺症が残る場合があります。
そのため入院や手術が必要な場合があります。
3. 非常にまれですが、症状、体質によって、死亡する場合があります。

また、造影剤を注射する際、極めてまれではありますが、血管外に漏れる可能性があります。
注射した部分が腫れたり痛みを伴う場合があります。
しかし、時間がたてば吸収されるので心配ありません。

当院では万が一の副作用に備え、万全の体制を整えております。
少しでも異常を感じましたら、遠慮なく病院スタッフにお伝えください。

授乳中の方は、造影剤が乳汁中に出てくる可能性がありますので、
造影剤使用後は48時間授乳を中止する必要があります。

同意書・署名（※記入もれの場合、検査は施行できません）

JCHO 東京蒲田医療センター院長 殿

私は造影検査の目的、危険性について担当医師より説明を受け、理解しました。
その上で造影剤検査を行うことに同意します。また造影検査において、
予期されない事態が生じた場合には、必要な処置を受けることを承諾します。
同意書に署名された後でも、これを撤回することができます。

撮影年月日 年 月 日 説明医師署名

署名年月日 年 月 日 患者署名