

検査予定日：

ID：

氏名：

様

ヨード造影剤を用いた検査の説明および同意書

あなたの病気の状態をより詳しく知るために、ヨード造影剤を使用し検査します。

安全に造影剤を使用できるかどうかは担当医が慎重に判断していますが、他の薬と同様に時として蕁麻疹、くしゃみ、吐き気などの副作用が発生することがあります。そして稀に呼吸困難、急激な血圧低下、心停止など極めて重篤な症状が報告されています。しかし造影剤を使うことは、あなたの病気を正確に診断し最良の治療方針を立てるためにこの検査が必要であるということをご理解ください。

造影剤使用に関して以下の内容をお読み頂き、ご理解・同意されましたらご署名ください。なお、ヨード造影剤の使用に関する本同意書は、いつでも撤回することができます。

● 造影剤使用時の副作用と頻度

- ・軽度な副作用（約3%）：悪心、嘔吐、蕁麻疹、動悸、くしゃみ、紅潮など
- ・重篤な副作用（0.04～0.004%）：呼吸困難、急激な血圧低下、意識消失、心停止など

これらの症状は造影剤使用直後から1時間以内に生じることがほとんどです。検査中はスタッフが注意深く観察していますので、異変を感じた場合すぐにお申し出ください。ごく少数ですが、造影剤使用後数時間から数日後に蕁麻疹など遅発性副作用が生じる場合があります。異変を感じた場合、当院にお電話頂き受診している診療科へご相談下さい。診療行為に伴う副作用・合併症・後遺障害の診療は通常の保険診療で行います。

● 副作用が生じる可能性が高いとされている方

造影剤副作用歴がある方、気管支喘息がある方、アレルギーがある方、心臓疾患がある方、甲状腺疾患がある方は、ない方に比べ重篤な副作用を生じやすいとされています。

また、腎臓機能が低い方、ビグアイド系糖尿病薬を服用中の方、βブロッカーを服用中の方は、造影時に特に注意が必要なため、担当医やスタッフにお知らせください。

腎臓機能が低い場合は造影剤を使用できない場合があるため、事前に採血をおこない腎臓の機能（eGFR:30 ml/min/1.73 m²以上か）を確認する必要があります。

同意書

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター 院長

担当医師 _____ から造影剤の必要性・副作用について説明を受け、内容について理解しましたので、造影剤を使用することに同意します。

また万が一造影剤副作用が生じた場合、必要な処置を受けることを了承します。

病院確認日

20 年 月 日

本人署名： _____

代理人署名： _____（続柄 _____）

検査を受ける本人が未成年もしくは署名困難な場合には代理人氏名と続柄の記入をお願いします。

検査予定日：

ID：

氏名：

様

ヨード造影剤を用いた検査の説明および同意書

あなたの病気の状態をより詳しく知るために、ヨード造影剤を使用し検査します。

安全に造影剤を使用できるかどうかは担当医が慎重に判断していますが、他の薬と同様に時として蕁麻疹、くしゃみ、吐き気などの副作用が発生することがあります。そして稀に呼吸困難、急激な血圧低下、心停止など極めて重篤な症状が報告されています。しかし造影剤を使うことは、あなたの病気を正確に診断し最良の治療方針を立てるためにこの検査が必要であるということをご理解ください。

造影剤使用に関して以下の内容をお読み頂き、ご理解・同意されましたらご署名ください。なお、ヨード造影剤の使用に関する本同意書は、いつでも撤回することができます。

● 造影剤使用時の副作用と頻度

- ・軽度な副作用（約3%）：悪心、嘔吐、蕁麻疹、動悸、くしゃみ、紅潮など
- ・重篤な副作用（0.04～0.004%）：呼吸困難、急激な血圧低下、意識消失、心停止など

これらの症状は造影剤使用直後から1時間以内に生じることがほとんどです。検査中はスタッフが注意深く観察していますので、異変を感じた場合すぐにお申し出ください。ごく少数ですが、造影剤使用後数時間から数日後に蕁麻疹など遅発性副作用が生じる場合があります。異変を感じた場合、当院にお電話頂き受診している診療科へご相談下さい。診療行為に伴う副作用・合併症・後遺障害の診療は通常の保険診療で行います。

● 副作用が生じる可能性が高いとされている方

造影剤副作用歴がある方、気管支喘息がある方、アレルギーがある方、心臓疾患がある方、甲状腺疾患がある方は、ない方に比べ重篤な副作用を生じやすいとされています。

また、腎臓機能が低い方、ビグアイド系糖尿病薬を服用中の方、βブロッカーを服用中の方は、造影時に特に注意が必要なため、担当医やスタッフにお知らせください。

腎臓機能が低い場合は造影剤を使用できない場合があるため、事前に採血をおこない腎臓の機能（eGFR:30 ml/min/1.73 m²以上か）を確認する必要があります。

同意書

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪はびきの医療センター 院長

担当医師 _____ から造影剤の必要性・副作用について説明をうけ、内容について理解しましたので、造影剤を使用することに同意します。

また万が一造影剤副作用が生じた場合、必要な処置を受けることを了承します。

20 年 月 日

本人署名： _____

代理人署名： _____（続柄 _____）

検査を受ける本人が未成年もしくは署名困難な場合には代理人氏名と続柄の記入をお願いします。