

呉羽総合病院 造影検査説明書 及び 問診同意書 (院外用)

ふりがな 患者氏名	検査予約日 年 月 日
(男・女)	紹介元 医療機関名
生年月日 年 月 日 (才)	
患者住所 (〒 -)	紹介元 医師名
電話番号	検査予定日 年 月 日 時 分

造影検査を受けられる患者様へ

目的

造影剤は、血管や臓器およびその周辺の構造をより明瞭に描出するお薬です。また、病気の有無や性質、進展範囲の把握などを正確に評価するために使用します。

副作用について

造影剤は、安全なお薬ですが、稀に副作用が発生することがあります

副作用重症度	頻度(確率)	症状	対応
軽い	5%以下 (約100人に5人以下)	じんま疹、かゆみ、くしゃみ、吐き気、動悸、頭痛	1~2日の薬の内服・注射による治療
重い	0.1%以下 (約1000人に1人以下)	呼吸困難、血圧低下、意識障害	点滴・昇圧剤・抗アレルギー薬の治療
重篤	0.001%以下 (約10万人に1人以下)		死亡

○副作用はいつ発生するか事前には知る事ができません。また、前回の検査では副作用が見られなくても発生する恐れがあります。

造影検査のための問診

該当項目に を付けて下さい

造影剤使用歴 あり なし
 アレルギー歴 あり() なし
 甲状腺の病気 あり() なし
 心臓の病気 あり() なし
 妊娠・授乳の可能性 あり なし

造影剤副作用歴 あり() なし
 気管支喘息 あり なし
 腎機能障害 あり なし
 糖尿病のお薬 あり() なし

条件

3ヶ月未満の採決結果でe-GFR30ml/min/1.73m²未満の場合、造影検査は行いません。

e-GFR _____ ml/min/1.73m²

心疾患の患者様は血清クレアチニン値が1.7mg/dl以上の場合、造影検査は行いません。

注意

ビグアナイド系糖尿病薬は 検査前48時間から検査後48時間の服用を禁止して下さい。(造影CTのみ)

造影剤使用検査を行った授乳中の患者様は検査終了後、48時間 授乳をお避け下さい。

副作用による緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜処置を受けることを了承します。

問診票の記載には相違ありません。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

平成 年 月 日

本人ご署名

※代理人ご署名

(続柄:)

※本人が未成年もしくは署名できない場合