

# 造影X線検査同意書

(CT検査・排泄性尿路造影など)

東京都健康長寿医療センター長 宛

安全な検査を行っていただくため、患者様の既往歴等についてお尋ねいたします。

① 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことがある。

ある・ない

② 気管支喘息などのアレルギー性疾患がある。

ある・ない → ある場合、具体的に( )

③ ほかの薬剤過敏症やしん麻疹などアレルギー歴はある。

ある・ない → ある場合、具体的に( )

④ 腎機能検査値 [検査日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日]

eGFR : \_\_\_\_\_

クレアチニン : \_\_\_\_\_ mg/dl

⑤ その他 (あれば具体的に)

( )

## 同意事項

### 1 造影X線検査

ヨードを含む薬(造影剤)を血管内に注射しながら行うX線検査です。造影X線検査には、造影CT検査、排泄性尿路造影(IVP)などが含まれます。造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などが詳しく描出され、診断に大変役立ちます。

### 2 造影剤の副作用

検査に際しては、その時点での症状や以前にかかった病気、家族の方がかかった病気などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後しばらくしてから下記のような副作用症状が起きることがあります。

『軽い副作用(頻度は約3~5%以下)』

発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発熱、せきなど。

『重い副作用(頻度は約2,500人に1人)』

まれにショックやアナフィラキシー様反応(例:呼吸困難や血圧低下など)や腎機能障害が起こることがあります。

『重篤な副作用(頻度は約50万人に1人)』

極めてまれに死に至ることも報告されています。

### 3 副作用の予知について

初めて造影検査を受けられる方、または今まで造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのない方が、今回の造影検査で副作用を起こすかどうかをあらかじめ調べる方法は現在のところありません。(皮内テストや静脈内テストは現在行ないません。)

検査における危険性を含め担当医師から説明を受け、この検査に同意します。

年 月 日

患者様署名 : \_\_\_\_\_

(代諾者様署名) : \_\_\_\_\_

(患者様との続柄

)

貴院名 : \_\_\_\_\_

紹介医 : \_\_\_\_\_