

造影検査同意書

検査予定日 年 月 日

【問診票】

1. 今までにヨード造影剤を使用した検査で、気分が悪くなったり、発疹(蕁麻疹)、発熱などの症状が
でたことがありますか？(検査を受けた時や帰宅後を含めて)
① はい ② いいえ ③ 使用したことがない
① はいとお答えの方
(・検査中 ・帰宅後)で症状はどのような症状でしたか？
()
2. 今までに薬を飲んだり注射をして、気分が悪くなったり、発疹(蕁麻疹)、発熱などの症状がでたことが
ありますか？
① はい ② いいえ
① はいとお答えの方
(薬剤名 注射名)
3. 気管支ぜんそく・小児ぜんそくといわれたことがありますか？
① はい ② いいえ
4. 特定のアレルギー物質、またはアレルギー体質といわれたことがありますか？
① はい ② いいえ ③ アレルギー体質
① はいとお答えの方
(アレルギー源)
5. 重篤な甲状腺疾患があるといわれたことがありますか？
① はい ② いいえ
6. 腎臓疾患、もしくは腎臓の機能が悪いといわれたことがありますか？
① はい ② いいえ
① はいとお答えの方
(疾患名)

【造影剤の副反応(副作用)について】

基本的に安全な薬ですが、体調や体質により以下のような症状が現れることがあります

1. 軽度・・・100人に3~4人の割合で、吐き気・嘔吐・熱感・発熱・発疹・発赤などの症状
2. 中等度・・・6千~1万人に1~3人の割合で、処置の必要な血圧低下・呼吸困難・広汎な蕁麻疹等の症状
3. 重度・・・約3万~20万人に1人程度の割合で緊急処置を必要とする重篤な症状
4. 遅発性副反応・・・造影検査終了後1時間~数日後の間で蕁麻疹・軽度のかゆみ・熱発などの症状

上記について十分に理解した上で、造影検査を受けることに同意します。

日付 年 月 日

患者署名 ()

本人記入困難な場合代理人 代理人続柄 () 代理人氏名 ()