

# 造 影 検 査 承 諾 書      2 枚 綴 り

## 《造影検査を受けられる方へ》

1.     あなたは、造影剤を用いた検査が必要と判断されました。  
        造影剤を静脈に注射して撮影することで、血管の走行やさまざまな病変が見やすくなり、  
        精度の高い診断ができます。
  
2.     造影剤の副作用として、かゆみや蕁麻疹、吐き気などがみられることがありますが、  
        その頻度は3%程度で治療を必要とするほどのものではありません。  
        ごくまれにショック様（血圧低下、呼吸困難など）の重篤な症状が出る場合があります  
        が、それは1万人に4人程度とされています。
  
3.     当院では、副作用予防に万全を期するため、造影検査を受ける前に問診表の質問に回答  
        していただいております。なお、次のことに当てはまる方は、造影剤の副作用の出る  
        可能性がやや高くなりますので、事前にお申し出ください。
  - 1) 以前、造影剤で具合が悪くなったことがある。
  - 2) 患者さんご自身、または血縁の方にアレルギーのある方。
  - 3) 腎臓の病気がある方。
  
4.     副作用が生じた場合は、医師や看護師が適切に対応し、最善の処置を行います。

## 《造影検査同意書》

私は、造影剤を用いた検査の必要性・副作用の説明を受け十分に理解いたしました。  
診断のため必要と考えますので、造影検査を受けることに同意します。なお、検査中に  
副作用等予期しない状況が発生したときは、医師が必要とする処置を受けることも同意いたします。

説明医師署名   ：

患者様ご氏名

---

代理人様ご氏名

続柄   ：

---

住所

---

※患者様ご本人が署名できない場合または、未成年の場合にご署名下さい。

