

# 造影X線検査の説明・同意書

病名 \_\_\_\_\_ 検査・手術名 造影X線検査  
 実施予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

今回実施するX線検査は、“造影剤”という薬剤を注射して行います。造影剤を使用することで病気の状態をより正確かつ詳細に診断でき治療に役立てることが出来ます。造影剤は安全な薬剤ですがまれに副作用が生じることがあります。副作用は以下のようなものです。

①軽い副作用として吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などで基本的に治療を要しません。このような副作用の生じる確率は、約100人につき5人以下、つまり5%以下です。

②重い副作用として呼吸困難、意識障害、血圧低下などで通常は治療が必要であり、後遺症が残る可能性があります。そのため入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の生じる確率は、約1千人に1人、つまり0.1%です。

③病状や体質によっては約10～20万人につき1人の確率（0.0005～0.001%）で死亡する場合があります。造影剤を注射する時に体が熱く感じることがありますが、血管内への直接の刺激であり心配ありません。勢いよく造影剤を注射するため血管外に漏れることがあり、その場合は注射部位が腫れて痛みを伴います。基本的には時間がたてば薬剤は吸収されますので心配ありませんが、薬剤の漏れた部位に色素沈着が生じる可能性があります。また漏れた量が多い場合には別の処置が必要となることがありますが非常にまれです。次の項目に当てはまる方は造影剤の副作用の生じる確率が高くなりますので、□に“レ”を入れてください。

- 造影剤（注射や点滴）を使用した検査を受けるのが初めての方  
 今までに造影剤（注射や点滴）を使用した検査を受けた時に副作用のあった方  
 ぜんそく、じんま疹などのアレルギー体質・アレルギー性の病気の方  
 腎臓の働きが悪い（腎不全など）といわれている方  
 甲状腺の働きが悪いといわれた方

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っています。異常を感じたらすぐに知らせて下さい。

※ 医師確認事項：3ヶ月以内の検査値を記入してください。

BUN mg/dl, Cre mg/dl, 推定GFR ml/m/1.73 検査年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

推定GFRが40以下の場合は放射線科医師までお知らせください。場合によっては造影検査ができません。

糖尿病薬内服 無 ・ 有 （ビグアナイド系・それ以外 薬剤名 \_\_\_\_\_）  
 （コメント欄 \_\_\_\_\_）

説明医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 説明日 20 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 同席看護師 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 同席関係者 氏名 \_\_\_\_\_

医師からの説明を理解できましたか。

理解できた  ある程度理解できた  理解できなかった  別の医師の説明も聞きたい  
 理解できないことやさらに説明してもらいたいことがあれば申し出てください。追加して説明させていただきます。緊急時や医学的な立場から治療等の内容を変更し実施する場合があります。その際は再度説明させていただきます。上記の治療等について理解し同意いただければ署名してください。なお直前に同意を撤回されても診療上の不利益を受けることはありません。

上記の検査・手術・治療等を受けることに納得できましたので同意し署名します。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 署名日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 代理氏名 \_\_\_\_\_ 患者との続柄（ \_\_\_\_\_ ） 連絡先 \_\_\_\_\_  
 同席者氏名 \_\_\_\_\_ 患者との続柄（ \_\_\_\_\_ ） 連絡先 \_\_\_\_\_