

# 造影検査同意書

検査予定日 年 月 日

説明医師の署名 ( )

## 【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？（検査をう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・小児ぜんそくと言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言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言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言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3～20万に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・発熱などの症状

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 ( )