

非イオン性ヨード造影剤の血管内注射に関するインフォームドコンセント

検査申込
医療機関

医師名

あなたの病気の診断のため非イオン性ヨード造影剤を用いた以下の検査を予定しています。

造影剤を用いない検査では診断的な価値が著しく低下し、重篤な疾患が見逃される可能性があります。

検査予定日	年	月	日	曜日
検査種	CT造影			

☆ 安全に検査をお受けいただくために、既往について検査申し込み医師からお尋ねします。

(以下の既往がある患者さんは副作用を生じる頻度が高くなります)

① 以前、造影剤で具合が悪くなったことがありますか？

(ある 具体的に / ない)

② アレルギー体質といわれたことがありますか？

(ある 具体的に / ない)

③ 気管支喘息と診断されたり、治療されたことがありますか？

(ある / ない)

④ 腎臓の機能が悪いといわれたことがありますか？

(ある / ない)

⑤ 甲状腺機能亢進症と診断されたことがありますか？

(ある / ない)

⑥ 褐色細胞腫と診断あるいは疑いがあるとされたことはありますか？

(ある / ない)

⑦ 現在ビグアナイド系の経口糖尿病薬を服用していますか？

(服用している / 服用していない)

(そのお薬の名前)

検査申し込み医師の判断では、あなたのヨード造影剤使用に対するあなたの危険度は

(危険要素なし 危険要素あり) と判断されます。

◎「危険要素あり」の場合、具体的な前処置の指示などがあれば、記載をお願いします。

ビグアナイド系経口糖尿病薬を服用中の場合の中止期間 (月 日 ~ 月 日 まで)

あなたは、非イオン性ヨード造影剤の検査を受けることを同意されますか。

(はい いいえ)

ご署名をお願いします。

本人

令和 年 月 日

体重 (造影剤至適投与量の指標となります)

Kg

家族など (代理人)

なお、承諾書に署名された後でも、造影剤使用の同意を撤回することができます。

患者あるいは家族などに非イオン性ヨード造影剤を用いた検査について説明し、確認を致しました。

検査申し込み医師 署名