

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。

(医)治久会 もみのき病院様
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。

医療法人治久会 もみのき病院

