

造影剤使用検査説明同意書

予定される検査名

CT

MRI

上記の検査は造影剤を使用して行われます。

副作用：下記のような副作用が起こる場合があります。

・軽い副作用：嘔吐、くしゃみ、蕁麻疹、鼻づまり（5%未満）

・重い副作用：呼吸困難、意識障害、ショック（0.004%未満）

*ごくまれに検査終了後1時間から数日後に副作用が現れる事があります。

・検査の過程で生じた不測の事態に対しては、担当医師が迅速・適切な処置を

行います。場合によっては、入院治療の必要性が生じる事があります。

患者ID： _____ 患者氏名： _____ 様
医師 _____ 同席者 _____

同意書

私は検査における造影剤使用の有用性と危険性について説明を受けました。
その必要性を理解した上で、造影剤使用検査を受ける事に同意します。

病院長殿 _____ 年 月 日

患者氏名 _____

または

同意者氏名 _____ (続柄 _____)

茅ヶ崎中央病院

検査当日は、この同意書を御持参下さい。同意書無い場合は、造影検査ができない場合がございます。