

リスク判定
低 ・ 高

ヨード造影検査説明書

患者氏名 _____ 様

診断名 _____

検査名 _____

上記の疾患（疑い）にて 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 に上記検査を予定します。

あなたの疾患の治療にあたり、上記検査を必要としますが、その際に造影剤を使用する必要があるものと考えます。あなたの場合、

下記に挙げられるようなヨード造影剤による副作用の危険度は低いと考えます。

下記にチェックされたヨード造影剤による副作用をきたす可能性があります。

- 1. ヨード系造影剤に対する副作用
（副作用： _____）
- 2. 腎機能の悪化
- 3. 甲状腺等、重要臓器の障害（疾患： _____）
- 4. 低カルシウム症状の悪化
- 5. その他（ _____）

この検査を行う意義はそのリスクよりも重要であるものと考えます。したがって検査に際し、十分な準備のもと注意を払いつつ実施させていただきます。万が一、血圧低下や呼吸困難等の重篤な副作用が出現した場合には、補液やステロイド剤などを使用し迅速に適切な処置・治療を行います。また、リスクの度合いによっては医師の立会いのもとで施行させていただきます。

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

私は「ヨード造影剤投与に関する説明書」と「ヨード造影剤リスクチェック表」をもとに上記のとおり説明いたしました。

担当医 氏名 _____

ヨード造影検査同意書

私はヨード造影剤検査の内容と必要性について十分な説明を受けました。

さらに副作用の可能性について十分理解しましたのでヨード造影剤の使用に同意します。

また万が一、副作用が現れた場合には、貴院医師が必要と認めた処置・治療行為を受けることを承諾します。

私はヨード造影剤検査の内容と必要性について十分説明を受け、理解しましたが同意できません。またそのことによる結果について、主治医に責を問いません。

患者様 ご署名 _____ 様

代理の方 ご署名 _____ 様（続柄 _____）