

## 造影剤を用いる検査 (CT, DIP, MRI) に関する同意書

患者： \_\_\_\_\_ 様

検査・処置名： \_\_\_\_\_

検査・処置予定日時： 平成 年 月 日 ( ) 時 分

- 1. 造影剤とは何か
- 2. 造影剤を使用することの利点について
- 3. 造影剤による副作用に関する危険因子について
  - 3-1. 今までに、造影剤を使用して具合が悪くなったことの有無
  - 3-2. 自分および血縁者の喘息やアレルギーの有無
  - 3-3. 腎機能低下の有無
- 4. 造影剤使用の危険性について
  - 4-1. 即時性副作用
  - 4-2. 遅延性副作用
- 5. 緊急時の対応について
  - 5-1. 即時性副作用
  - 5-2. 遅延性副作用

私は、造影剤を用いた検査に関して、紹介医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_、及び、福岡山王病院 放射線診断医 \_\_\_\_\_ (医師) より上記の説明を受け了承いたしましたので、必要に応じて造影剤の投与を受けることに同意します。

福岡山王病院院長殿

平成 年 月 日

患者様氏名： \_\_\_\_\_

保護者または  
代理人氏名： \_\_\_\_\_