

超音波検査における造影剤投与に関する同意書

超音波検査当日、造影剤という検査薬を使用します。この造影剤を使った超音波検査を受けられる方には、予め同意書を頂いています。納得されましたら、下記の同意書に署名をしてください。同意書を提出された後でも検査をキャンセルすることができます。

【副作用について】

この造影剤を注射した時、0.1～5%ほどの患者さまに、下痢、頭痛、蛋白尿、発疹、口の渇き、注射した部分の痛みなどの副作用がみられることがあります。

いずれも軽微なものであり、本邦においては重篤な副作用の報告はありません。

【注意点】

- 次に該当する方は造影剤使用の可否を主治医とご相談ください。
 - 以前に、超音波造影剤で気分が悪くなったことがある。(禁忌)
 - 卵または卵製品にアレルギーがある。(原則禁忌、特に必要な場合は慎重投与)
 - 重篤な心疾患がある。(慎重投与)
 - 重篤な肺疾患がある。(慎重投与)
 - 心臓や肺に動静脈シャントがある。(慎重投与)
 - 妊娠、または授乳中である。(慎重投与)
 - 小児(安全性は確立していない)
- 造影剤は静脈内に注射しますが、静脈には個人差があり造影剤が血管外に漏れやすい体質の方がおられます。漏れた造影剤は時間とともに吸収されますが、漏れた量によっては必要に応じて処置を行う場合があります。

(検査日 令和 年 月 日)

今回、超音波造影検査にあたり、

(令和 年 月 日 医療機関名 _____ 医師氏名 _____ (自署))

(立会い看護師氏名 _____ (自署))

より検査内容とその必要性について十分な説明を受け、了解しましたので検査の実施をお願い致します。

(あて先) 富士市立中央病院 院長

令和 年 月 日 患者 自署 住所 _____

氏名 _____

本人が同意の意思を表明できませんので、本人に代わり私が同意いたします。

代理人自署 住所 _____

氏名 _____

(患者との続柄 _____)