

造影超音波検査説明・同意書

患者名 _____

聖フランシスコ病院 放射線科

1. 造影超音波検査について

造影超音波検査は、小さな気泡を含むくすり（造影剤）を静脈内に注入しながら行う超音波検査です。造影剤を使用しない超音波検査よりも臓器や病変を鮮明に映し出すことができます。

2. 造影剤の副作用について

この造影剤は小さい泡（フッ化炭素ガス）の周りを油の薄い膜で覆って泡がこわれにくく作ってあります。このフッ化炭素ガスは、体の中ではまったく反応せず、そのまま肺から吐く息の中を通り体から早くなくなってしまうという安全な性質をもっています。しかしながらまれに造影剤の注射によって「副作用」が起こることがあります。おもな副作用には下痢、頭痛、発疹、口渇などがあり、注射後すぐに起こることも、注射をしてから1時間以上経って起こることもあります。頻度は非常に低く、いずれも0.1～5%未満です。また、この造影剤は小さな泡を覆っている薄い膜は鶏卵の卵黄を用いて作っているため、卵または卵製品にアレルギーのある方には原則として投与できません。さらに重篤な心疾患や肺疾患、心臓や肺に動静脈シャントのある方などは造影剤を使用できない場合があります。

3. 検査前の注意点について

午前中検査の方は検査当日の朝は絶食としてください。午後からの検査の方は昼食は摂らないで下さい（当日の朝食は摂っていただいて結構です）。ジュースやお茶などの飲水は可です。また、いつも飲まれているお薬などは通常通り服用してください。運動やお仕事などは特に制限はありません。

4. 検査後の注意点について

特に制限はありません。通常通り生活していただいて結構です。

以前に、造影剤を使用した超音波検査で副作用が出なかった方でも、今回の検査で副作用が出ないとは限りません。副作用が起こった場合には、迅速かつ適切に対応いたします。

年 月 日

科 医師

同席者

聖フランシスコ病院長殿

同意します

私は、上記内容の説明を受け、同意しました。また、その医療行為に不可避の緊急または予想外の処置をする必要性が生じた場合には、速やかに施行されることについても同意します。

同意しません

年 月 日

患者氏名： _____

同席者 _____

尚、本人が同意の意志表示が困難な場合、同意者の署名に代える。

同意者氏名： _____

続柄 [_____]