造影超音波検査説明・問診・同意書

記入年月日：　　年　　月　　日
患者氏名：　　殿　　年齢：　　歳　　代理人氏名：

【造影超音波検査について】
通常の超音波検査のみでは診断が難しい場合、より詳しい画像情報を得るために超音波用造影剤「ソナゾイド」を静脈内に注射して検査を行います。造影剤は赤血球より小さな約 2～3μm の微小気泡でできており、投与後は肺を通って呼気中に排泄されます。成分として卵黄が含まれているため、卵または卵製品にアレルギーのある方や以前に超音波造影剤で気分が悪くなったことが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がある方には使用できない場合があります。

【造影剤を投与する前に】
安全に造影超音波検査を行うため、以下の質問にお答えください。
①今までに造影超音波検査を受けて、じんましん、気分不良などのアレルギーをおこしたことがありますか？　(□はい・□いいえ)
②今までにガラクトース血症といわれたことがありますか？　(□はい・□いいえ)
③鶏卵または卵製品に対して、じんましん、気分不良などのアレルギー反応をおこしたことがありますか？　(□はい・□いいえ)
④「重い心臓病」と診断されたことはありますか？　(□はい・□いいえ)
はい、とお答えした方　→いつごろ＿＿＿＿＿＿年頃、どんな病気＿＿＿＿＿＿
⑤「重い肺の病気」（喘息や肺気腫など）と診断されたことはありますか？（□はい・□いいえ)
はい、とお答えした方　→いつごろ＿＿＿＿＿＿年頃、どんな病気＿＿＿＿＿＿
⑥現在、授乳中、妊娠中、または妊娠の可能性がありますか？　(□はい・□いいえ)
⑦あなたの体重は何 Kg ですか？　＿＿＿＿＿＿Kg

【副作用について】
造影剤は赤血球より小さな約 2～3μm の微小気泡でできており、投与後は肺を通って呼気中に排泄されます。安全な薬剤ですが、0.1%～5%ほどの患者さまに、下痢、嘔吐、口の渇き、発疹、頭痛、蛋白尿、好中球減少、注射部の痛みなどの副作用がみられることがありますので、これらの症状があれば検査担当者にお知らせください。

医療法人大植会葛城病院　院長殿
私は、検査の必要性および発現する可能性のある副作用など、上記内容について十分な説明を受け了解しましたので、造影超音波検査を受けることに同意します。
（同意書を提出された後でも、キャンセルすることができます。）

年　　月　　日　　住所

氏名

尚、本人による同意の意思表示が困難な場合、代理人の署名に代える。
代理人氏名　　続柄