

造影超音波検査（ソナゾイド）の説明書および同意書

超音波検査で正しい診断をするためには造影剤を用いた検査が必要なことがあります。

当院では、患者さんに安心して検査を受けていただくために、担当医から十分な説明を行い、患者さんの自由意志による同意を得たうえで検査を行いたいと考えております。依頼医院の主治医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問されて納得され、造影検査の実施に同意される場合は本書に御署名のうえ、検査実施病院である海老名総合病院にお持ち下さい。

説明内容の概略

1. 造影剤を使う意義

造影剤を静脈内に注入することで、腫瘍や炎症、血管性病変等の抽出が向上しますので、より精度の高い診断ができます。造影剤を使用しないと正確に診断ができず、適切な治療が受けられない場合があります。

2. 造影剤の副作用について 参考文献：「ソナゾイド注射用 添付文書」

造影剤は多くの場合人体に無害です。しかしごくまれに副作用が見られることがあります。

超音波造影剤の副作用は下痢・頭痛・蛋白尿など軽度のもので、いずれも1%以下の出現頻度です。

3. 既往がある患者さんについて

次の既往がある患者さんについては、副作用を生じる可能性が通常より高くなりますので、担当医にお申し出のうえ、良く相談してください。

- ① これまでにソナゾイド造影剤を使用して、帰宅後も含めて異常があったことがある。
- ② 卵・卵製品にアレルギーがある方は本検査をお受けいただくことが出来ません。
- ③ 重篤な肺疾患のある方

5. 妊娠中・授乳中の患者さんについて

妊娠中・授乳中の方には本検査は原則として行いません。

6. 万が一、副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。

・なお、同意を拒否、または検査前に同意を撤回されても、診療上不利な扱いを受けることはありません。

海老名総合病院院長 殿

今回のソナゾイド造影超音波検査における造影剤使用および使用しない場合の利益不利益を理解して造影剤使用に同意し、これを依頼いたします。なお造影剤使用の最終決定は検査担当医に委ねます。

患者氏名： _____ 様 造影超音波検査日： 20____年____月____日（ ）

説明医師の署名 _____ 日付 20____年____月____日

続柄

患者・代理人署名 _____（ ） 日付 20____年____月____日

造影超音波検査（ソナゾイド）の説明書および同意書

超音波検査で正しい診断をするためには造影剤を用いた検査が必要なことがあります。

当院では、患者さんに安心して検査を受けていただくために、担当医から十分な説明を行い、患者さんの自由意志による同意を得たうえで検査を行いたいと考えております。依頼医院の主治医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問されて納得され、造影検査の実施に同意される場合は本書に御署名のうえ、検査実施病院である海老名総合病院にお持ち下さい。

説明内容の概略

1. 造影剤を使う意義

造影剤を静脈内に注入することで、腫瘍や炎症、血管性病変等の抽出が向上しますので、より精度の高い診断ができます。造影剤を使用しないと正確に診断ができず、適切な治療が受けられない場合があります。

2. 造影剤の副作用について 参考文献：「ソナゾイド注射用 添付文書」

造影剤は多くの場合人体に無害です。しかしごくまれに副作用が見られることがあります。

超音波造影剤の副作用は下痢・頭痛・蛋白尿など軽度のもので、いずれも1%以下の出現頻度です。

3. 既往がある患者さんについて

次の既往がある患者さんについては、副作用を生じる可能性が通常より高くなりますので、担当医にお申し出のうえ、良く相談してください。

- ① これまでにソナゾイド造影剤を使用して、帰宅後も含めて異常があったことがある。
- ② 卵・卵製品にアレルギーがある方は本検査をお受けいただくことが出来ません。
- ③ 重篤な肺疾患のある方

5. 妊娠中・授乳中の患者さんについて

妊娠中・授乳中の方には本検査は原則として行いません。

6. 万が一、副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。

・なお、同意を拒否、または検査前に同意を撤回されても、診療上不利な扱いを受けることはありません。

海老名総合病院院長 殿

今回のソナゾイド造影超音波検査における造影剤使用および使用しない場合の利益不利益を理解して造影剤使用に同意し、これを依頼いたします。なお造影剤使用の最終決定は検査担当医に委ねます。

患者氏名： _____ 様 造影超音波検査日： 20____年____月____日（ ）

説明医師の署名 _____ 日付 20____年____月____日

続柄

患者・代理人署名 _____（ ） 日付 20____年____月____日

造影超音波検査（ソナゾイド）の説明書および同意書

超音波検査で正しい診断をするためには造影剤を用いた検査が必要なことがあります。

当院では、患者さんに安心して検査を受けていただくために、担当医から十分な説明を行い、患者さんの自由意志による同意を得たうえで検査を行いたいと考えております。依頼医院の主治医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問されて納得され、造影検査の実施に同意される場合は本書に御署名のうえ、検査実施病院である海老名総合病院にお持ち下さい。

説明内容の概略

1. 造影剤を使う意義

造影剤を静脈内に注入することで、腫瘍や炎症、血管性病変等の抽出が向上しますので、より精度の高い診断ができます。造影剤を使用しないと正確に診断ができず、適切な治療が受けられない場合があります。

2. 造影剤の副作用について 参考文献：「ソナゾイド注射用 添付文書」

造影剤は多くの場合人体に無害です。しかしごくまれに副作用が見られることがあります。

超音波造影剤の副作用は下痢・頭痛・蛋白尿など軽度のもので、いずれも1%以下の出現頻度です。

3. 既往がある患者さんについて

次の既往がある患者さんについては、副作用を生じる可能性が通常より高くなりますので、担当医にお申し出のうえ、良く相談してください。

- ① これまでにソナゾイド造影剤を使用して、帰宅後も含めて異常があったことがある。
- ② 卵・卵製品にアレルギーがある方は本検査をお受けいただくことが出来ません。
- ③ 重篤な肺疾患のある方

5. 妊娠中・授乳中の患者さんについて

妊娠中・授乳中の方には本検査は原則として行いません。

6. 万が一、副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。

・なお、同意を拒否、または検査前に同意を撤回されても、診療上不利な扱いを受けることはありません。

海老名総合病院院長 殿

今回のソナゾイド造影超音波検査における造影剤使用および使用しない場合の利益不利益を理解して造影剤使用に同意し、これを依頼いたします。なお造影剤使用の最終決定は検査担当医に委ねます。

患者氏名： _____ 様 造影超音波検査日： 20____年____月____日（ ）

説明医師の署名 _____ 日付 20____年____月____日

続柄

患者・代理人署名 _____（ ） 日付 20____年____月____日