

嚥下造影検査同意書

患者氏名： _____ 殿 (_____) 性別： _____
 年齢： _____ (_____)

病院長殿

_____ 殿に、嚥下造影検査について、下記の通り説明いたしました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師 _____ 科 氏名 _____

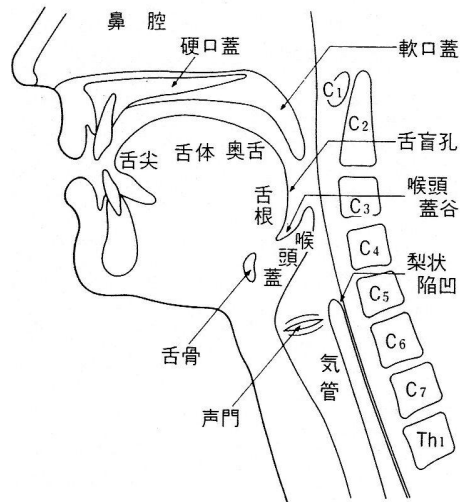
【検査名】

嚥下造影検査 (VF : Video)

【方法】

X線透視下で造影剤入りの様々な形態の食糧を食べいただき、口腔・咽頭・喉頭の各器官の運動と造影剤の流れを観察します。

造影剤 : バリウム
 所要時間 : 20～30分程度



【目的】

誤嚥（食糧が気管に入る）の有無や嚥下障害の程度・問題部位、嚥下時の安全な姿勢や食事形態の検討を行います。

【検査による副作用など】

造影剤の副作用として、ごく稀に重篤なアレルギー症状（じんましん、気分が悪いなど）が発現することがあります（0.1%未満）。また、X線照射を行います。

実際に食糧を飲み込んでいただくので、呼吸切迫や誤嚥性肺炎を起こす可能性も考えられます。そのような場合には、適切な処理を行います。

上記検査実施について、担当医師から十分な説明を受け、承諾しましたので、嚥下造影検査を受けることに同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

御本人署名 _____

代理人署名 _____ (続柄: _____)

※ご本人の署名ができない場合に御記入ください。

記入見本

嚥下造影検査同意書

患者氏名： 横浜 一郎 殿 (_____) 性別： 男
年齢： 昭和26年2月1日(62歳)

↑ 受診時にID番号を記入し可。

病院長殿

_____ 殿に、嚥下造影検査について、下記の通り説明いたしました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師 _____ 科 氏名 _____

受診時に
医師が記入
し可。

【検査名】

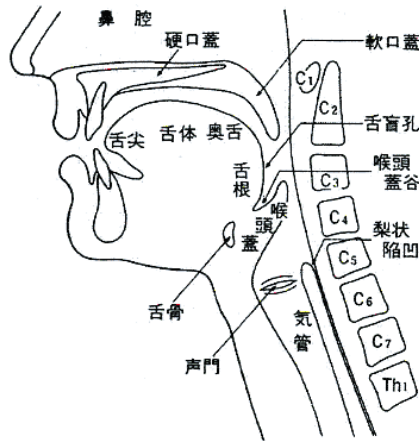
嚥下造影検査 (VF : Video Fluorography)

【方法】

X線透視下で造影剤入りの様々な形態の食べ物を食べていただき、口腔・咽頭・喉頭の各器官の運動と造影剤の流れを観察します。

造影剤 : バリウム

所要時間 : 20~30分程度



【目的】

誤嚥(食べ物が気管に入る)の有無や嚥下障害の程度・問題部位、嚥下時の安全な姿勢や食事形態の検討を行います。

【検査による副作用など】

造影剤の副作用として、ごく稀に重篤なアレルギー症状(じんましん、気分が悪いなど)が発現することがあります(0.1%未満)。また、X線照射を行います。

実際に食べ物を飲み込んでいただくので、呼吸切迫や誤嚥性肺炎を起こす可能性も考えられます。そのような場合には、適切な処理を行います。

上記検査実施について、担当医師から十分な説明を受け、承諾しましたので、嚥下造影検査を受けることに同意いたします。

25 年 11 月 1 日

御本人署名 _____

代理人署名 横浜 一夫 (続柄: 長男)

※ご本人の署名ができない場合に御記入ください。