

嚥下造影検査同意書

【検査名】

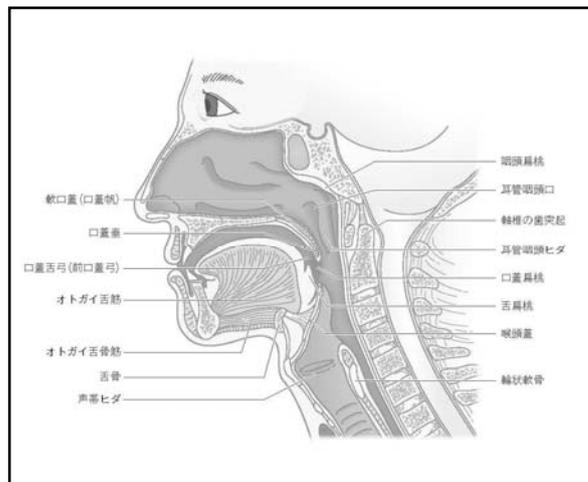
嚥下造影（VF）検査

【検査方法】

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・喉頭の各器官の連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：15～20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、適切な処置を行います。

上記検査実施について承諾しましたので、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。