

造影 CT 検査の説明・同意書

様

西暦 年 月 日 時 分 以下のとおり説明いたしました。

紹介元医療機関： _____ 医師（署名） _____ 印

同席者・確認者（署名） _____

【造影 CT 検査について】

造影剤を機械で静脈に注入します。体内の詳細な状態を調べることができます。また病変部や血管等を立体的に観察できるため正確で精度の高い診断が可能となります。しかし造影剤の使用により副作用が出現することがあります。副作用の種類は次のようなものです。

軽い副作用・・・嘔吐、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹など(5%程度)

この場合は、治療を必要としないか、注射、投薬などの簡単な処置により回復します。

重い副作用・・・呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全など(0.02%程度)

この場合は、治療が必要となり、後遺症が残る可能性もあります。症状・体質によっては副作用による死亡の報告例もありますが、その程度は、40万人に1人の割合で非常にまれなものです。

【造影剤注入について】

- 造影剤を注射する時に、身体が熱くなることがありますが、一時的なもので心配ありません。
- 自動注入器を使用して造影剤を静脈に急速注入するため、血管外に造影剤が漏れ、注射した部位の腫れや痛みが出現する場合があります。多くの場合、時間と共に吸収され問題はありませんが、漏れた量が多い場合に特別な処置が必要となることもあります。
- 造影剤を急速注入するのに適した静脈が見つからない場合は、検査ができない場合があります。
- 造影剤の血管確保は医師または静脈注射研修を終了した看護師が行います。

【注意事項】

- 造影剤の副作用歴のある方、気管支喘息の方、アレルギー体質の方、腎機能低下の方は、原則的に造影剤は投与できません。必ず主治医にその旨を申し出てください。
- 以前の検査で副作用が起きていなくても、今回の検査では副作用が出現する場合があります。
- ビグアナイド系の糖尿病薬を内服している方は検査時に休薬が必要となります。
- 外来患者様で帰宅後に副作用と思われる症状があらわれた場合は、時間内は受診科、時間外・休日の場合は、救急外来が対応します。**（連絡先：公立豊岡病院 0796-22-6111）**
- 検査に関してご質問やご不明な点がある場合は、主治医または検査担当者にお問い合わせください。

※ 以上の説明を理解され造影CT検査を受けられる場合には、以下の同意書に署名をお願いします。

同意書

上記の造影CT検査の目的、危険性について説明を受けました。そしてその内容について

十分理解しました。その上で納得して造影検査を受けることに同意します。

また、副作用がみられた時には、必要な処置を受けることを承諾します。

十分理解しましたが、造影検査を受けることには、同意しません。

公立豊岡病院長 様 西暦 年 月 日

患者氏名（署名） _____

親族または代理人（署名） _____ 続柄（ ） _____

同席者（署名） _____ 続柄（ ） _____

同意書をいただいた後でも検査までは同意を撤回できます。いつでもお申し出ください。