

造影CT検査説明・同意書

【目的と方法】

CT検査とは、X線とコンピュータを使用して、体内の深部を観察するものです。CT検査では、ヨード造影剤の静脈内投与を必要とする場合があります。造影剤は病気の有無や性質・範囲をより正確に評価するために用いられます。造影剤を使うかどうかは検査の部位や目的によりさまざまで、主治医や放射線診断医が判断いたします。

【起こりうる副作用】

ヨード造影剤は基本的には安全な薬剤とされていますが、一定の頻度で下記のような副作用が生じることが知られています。

- 軽いものとして、吐き気、動悸、かゆみ、くしやみ、発疹、発赤が生じることがあります。（通常は特に治療を必要としません）
- 検査後数時間から数日後に発疹が現れることもあります。（通常は特に治療を必要としません）
- 非常にまれな重篤な副作用
血圧低下（ショック）、息苦しさ、意識消失、腎不全などが生じる可能性があります。他の通常の薬剤と同じように10万人～40万人に1人の割合で死亡の報告があるとされていますが、当院（神奈川病院）では死亡例はありません。
- 造影剤を血管内に注射する際に、血管の外に造影剤が漏れることもあり、これによる注射部位の腫れ、痛み、内出血を生じることがあります。通常は時間が経てば自然に吸収されるので心配はありません。

万一、副作用が生じた場合は、保険診療で最善の処置、治療を行いません。

以上、了解された方は同意書にご署名の上、神奈川病院の医師または看護師にお渡しください。同意を頂けない場合は、造影剤を用いないで検査を行います。

また、同意された場合でもいつでも撤回することができます。

説明いたしました。

平成 年 月 日

紹介元医療機関名

説明医師名

国立病院機構神奈川病院長 殿

私は造影CT検査を受けるにあたり、検査の目的や方法、起こりうる副作用について説明書に沿って説明を受け、理解した上で、上記造影CT検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日

患者署名 _____

親族又は代理人署名 _____

この説明・同意書は、提出後当院にて保管させていただきます。控えをご入用の方は、事前にご自身で複写していただきますようお願い申し上げます。

上記事項について確認いたしました。

平成 年 月 日

国立病院機構神奈川病院 _____ 科 医師名 _____

【造影CT検査を受けられる方へ】（問診票）

この用紙および「造影CT検査説明・同意書」は必要事項を記入のうえ、検査当日にご持参ください。

【検査前の注意・確認】

- 検査4時間前（ 時 分）からは食事を摂らないでください。水・お茶はお摂りいただいても結構です。
- 妊娠中、妊娠の可能性のある方、気管支喘息、褐色細胞腫、甲状腺の病気のある方、また、以前に造影剤、薬剤あるいは食品でアレルギー反応が出たり、気分が悪くなられたことのある方は、主治医に必ずお申し出ください。
- 普段服用している常用薬は、検査に関わらず通常通りお飲みください。糖尿病薬を服用されている方は、主治医にお申し出ください。
- 植込み型心臓ペースメーカー・植込み型除細動装置をご使用の方は注意が必要です。担当医にお申し出ください。また、機種の確認のため手帳をご持参ください。
- 検査当日は、予約時間の20分前までに、初診受付にお越しください。
- 来院できない場合はなるべく早めに下記まで連絡をしてください。検査時刻に遅れると検査を受けられないことがあります。検査の種類・進行状況により多少時間・順番が前後します。ご了承ください。

国立病院機構 神奈川病院 地域医療連携室 電話番号 0463-81-1784
受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分(年末年始、祝日を除く)

- 装飾品・眼鏡・入れ歯・湿布などをはずして頂く場合があります。
- 検査中は担当者の指示に従い身体を動かさないようにしてください。

【検査後の注意】

- 造影剤を注射された方は、薬剤が尿から排泄されますので、普段より多めに水分を摂ってください。飲水量に制限のある方は、主治医とご相談ください。
- 検査後に何か不快な症状を感じられた方は、主治医とご相談ください。

【問診票】（患者様記入欄）

ヨード造影剤を使用します。下記の該当するものに○をつけてください。

今までに造影剤を注射して検査したことがある（ある・なし）
造影剤のアレルギーがあると言われたことがある（ある・なし）
家族の方に造影剤のアレルギーがある（ある・なし）
薬や食べ物のアレルギーがある（ある・なし）
喘息と言われたことがある（ある・なし）
腎不全と言われたことがある（ある・なし）
心臓の薬の内服している（ある・なし）
甲状腺機能亢進症と言われたことがある（ある・なし）
妊娠の可能性がある（ある・なし）
糖尿病と言われたことがある（ある・なし）
緑内障と言われたことがある（ある・なし）
現在の体重（ ）kg

平成 年 月 日

患者署名 _____

代理人署名 _____