

患者氏名 \_\_\_\_\_

## 造影CT検査の説明および同意書

今回実施するCT検査は、より詳細な病気の評価のために『ヨード造影剤』を注射します。造影剤により次のような副作用が起こることがありますので、患者様または代理人様の同意を得たうえで造影剤を使用します。

### 1. 軽い副作用

- ・吐き気、動悸、かゆみ、くしゃみ、発疹など。
- ・通常、治療を要さないか、数回の投薬や注射で回復します。
- ・頻度は、約100人に5人（5%）以下です。

### 2. 重い副作用

- ・呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全など。
- ・入院のうえ治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。
- ・頻度は、約6,000～9,000人に1人（0.01～0.02%）です。
- ・約10万～20万人に1人の割合（0.0005～0.001%）で死亡する場合があります。

### 3. その他

- (1) 体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配ありません。
- (2) 急速に造影剤を注入するため、希に造影剤が血管外にもれることがあります。基本的には時間がたてば吸収されますが、もれた量が多い場合には、別の処置が必要になることがあります。

★万一の副作用に対してもすばやく対応ができるようにしたうえで、検査を行っています。

★下欄は安全に造影CT検査を受けて頂くための問診票です。適した言葉を○で囲んで下さい。

### 造影CT検査に関する問診票

- |                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| (1)CT、腎機能検査、血管造影検査などで造影剤を用いたことがありますか | (はい・いいえ・わからない) |
| ・上記で「あり」の方：副作用はありましたか？               | (はい・いいえ・わからない) |
| ・上記で「あり」の方：どんな症状でしたか？                | (発疹・吐き気・その他)   |
| (2)薬や食物でアレルギーが出たことがありますか？            | (はい・いいえ・わからない) |
| (3)気管支ぜんそくはありますか？                    | (はい・いいえ・わからない) |
| (4)腎臓が悪い（腎不全など）といわれたことはありますか？        | (はい・いいえ・わからない) |
| (5)心臓が悪い（心不全など）といわれたことはありますか？        | (はい・いいえ・わからない) |
| (6)現在妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？         | (はい・いいえ・わからない) |
| (7)糖尿病の薬を服用されていますか？                  | (はい・いいえ・わからない) |

説明担当医師 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

上記の説明により、造影検査を受けることに

同意します

同意しません

同意します、同意しません のどちらかに○をお付けください。  
なお、同意された場合においても、いつでも撤回することができます。

記入日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
患者様または代理人（続柄 \_\_\_\_\_）

ご署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

**この用紙はご署名の上、検査当日に必ずご持参ください。  
(同意書がないと造影検査を受けられません。ご注意ください)**

特定医療法人 同心会 遠山病院

☎059-227-6171内線264 (CT室)

☎059-224-7072 (CT室直通)