

造影CT検査 説明・同意書

ふりがな

患者氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師名 _____

検査説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今回実施する CT 検査は“造影剤”という薬剤を用いて行います。造影剤を用いることにより、病気の状態をより正確にすることができます。

【 副作用の種類と発生頻度 】

この薬剤は安全なものですが、他の薬品と同様に稀に副作用が起こることもあります。

- 1) 軽い副作用:吐き気、嘔吐、じんましん、皮膚のかゆみ、発疹などで、多くは一時的なもので心配はありませんが、必要に応じてお薬を使う場合があります。このような副作用が起こる確率は数%です。
- 2) 重い副作用:呼吸困難、血圧低下、意識障害などで、通常は治療が必要です。このような副作用が起こる確率は約 0.2%です。
- 3) 非常に稀ですが、病状や体質によっては 10～20 万人に 1 人の割合(0.0005%)で死亡にいたった例も報告されています。
- 4) 遅発性の副作用：稀に、検査後数時間以降に発疹などの皮膚症状、血圧低下などが起こることがあります。多くは軽いのもで、自然に治りますが、念のため病院までご連絡ください。
- 5) 以前に造影剤を用いる検査を受け、副作用の起こらなかった方でも、副作用が起こる可能性があります。

【 造影剤を注入する際 】

- 1) 体が熱くなる事がありますが、血管に対する造影剤の刺激による正常な反応で、心配はありません。
- 2) 造影剤注入時、血管外に造影剤が漏れる事があります。この場合には、注射部位は腫れて、痛みを伴う事があります。基本的に時間がたてば治まり心配はありません。漏れた量が多い場合には処置が必要になる場合もありますが、稀です。当院ではこのような副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。もし、異常を感じたら、すぐにお知らせ下さい。

【 検査終了後 】

造影剤は尿の中で自然に排泄されます。検査後は十分に水分をとるように心がけて下さい。水分を多くとることで尿量が増え、排泄が早まり副作用の予防にもなります。水分制限を指示されている方は、主治医にご相談ください。わからない事がありましたら、主治医又は、検査担当者に遠慮なくご質問下さい。

医療法人社団 倫生会 みどり病院 (代表:078-928-1700)

造影CT検査同意書

医療法人社団 倫生会 みどり病院 院長 様

私は、造影検査とその危険性についての説明を受け理解しました。

造影検査を受ける事に

同意します。

•

同意しません。

署名日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様、又は代理人(続柄： _____) 署名 _____