

造影CT検査説明書兼同意書

1 D

検査予定日（予約日） 平成 年 月 日

1) 造影剤の必要性

CT検査において病気の存在診断、質的診断向上のために造影剤を静脈に注入します。

2) 造影剤の副作用

A. アレルギー反応として約3.1%の発生頻度で悪心、熱感、じんましん、かゆみ等が発生し、ほとんどの場合が軽度で一過性です。

B. より重篤な症状として約0.04%の頻度において呼吸困難、血圧低下等を起こすことがあります。また時に検査後2～3日後に症状が現れることがあります。

C. これらの症状を総称して“造影剤の副作用”と呼びますが、当院では万が一、副作用が起きても適切な処置が行えるよう万全の体制を整えていますのでご安心ください。

※造影剤に関する不明な点や造影剤を使用したくない場合は、遠慮なくお申しつけください。

3) 造影剤の副作用についての予備情報を得るために、あなたの既往歴をお聞かせください。

a-1. 過去に「造影検査」を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

2. そのとき気分が悪くなりましたか？ (はい・いいえ)

3. 「はい」と答えた方は症状をお聞かせください。

(吐き気・息苦しさ・発疹・かゆみ・咳・くしゃみ・その他_____)

b-1. 今までに「アレルギー体質」と言われたことがありますか？

2. 「はい」と答えた方は内容をお聞かせください。

(喘息・じんましん・アトピー・その他_____)

c-1. 以下の病気があるといわれたことがありますか？

(腎臓疾患・喘息・甲状腺疾患・重篤な肝臓疾患・その他_____)

d-1. 現在、糖尿病の治療をされていますか？ (はい・いいえ)

2. 「はい」と答えた方は薬名をお聞かせください。

ビグアナイド薬 (メルビン・メデット など)

造影検査48時間前より休薬し、造影後48時間以降に内服開始。

(ヨード造影剤併用での乳酸アシドーシスの報告例が海外で散見されます。)

平成 年 月 日

私は、今回CT検査の内容とその必要性について説明、調査を受け理解したのでCT検査に際し、必要に応じて造影剤の投与を受けることに同意します。

患者氏名 (署名) _____

保護者または代理人氏名 (署名) _____ 患者との間柄 ()

平成 年 月 日

医師氏名 (署名) _____

造影 (可・不可)