

病院控用

患者様氏名

特定医療法人 暁純会 武内病院 TEL 0570-002323

造影CT検査に関する説明および同意書

患者様用

検査日

患者様氏名

今回実施するCT造影検査は、より詳細な病気の評価のために“ヨード造影剤”を注射して行います。造影剤注入直後～数日後の間に、次の様な副作用が起こることがありますので、本人または代理人の同意書を得た上で、造影剤を使用いたします。造影検査の依頼は外来または病棟担当医が行いますが、本造影剤を注射するかどうかは検査目的や患者様の状態に応じて、放射線科診断担当医師が検査当日に判断致します。

- ① 説明をお読みになり、太枠内の「問診」と「ご署名」を記入ください。
- ② 検査直前の食事(午前中に検査の方は朝食、午後に検査の方は昼食)を摂らず来院してください。お水や毎日のお薬はお飲みください。
- ③ この同意書を検査当日にご持参ください。

★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上で、検査を行っております。

＜軽い副作用＞ 吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしよみ、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。

＜重い副作用＞ 呼吸困難、嘔声、意識障害、血圧低下、腎不全など。入院の上、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。約1万～2万人に1人の割合(0.005%～0.01%)で、死亡する場合もあります。

＜その他＞ 体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配いりません。勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤が漏れることがあります。基本的には時間が経てば吸収されますが、まれに漏れた量が多い場合には、別の処置が必要となることもあります。

下欄は安全に造影検査を受けていただくための問診です。回答をお願いいたします。

造影検査に関する問診

(1) 今までに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか？	(なし あり)
・ 上記で「あり」の方: 帰宅後も含めて副作用はありましたか？	(なし あり)
・ 上記で「あり」の方: どのような副作用でしたか？	吐き気・発疹・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？	(なし あり)
(3) 気管支喘息(ぜんそく)と言われた事がありますか？	(なし 治療中 治療後)
(4) 腎臓に障害(腎不全など)はありますか？	(なし あり 透析)
(5) 心臓に障害(心不全など)はありますか？	(なし あり)
(6) 甲状腺に障害(バセドウ病など)はありますか？	(なし 機能低下症 機能亢進症)
・ 上記で「機能亢進症」に○をつけた方: 治療はされていますか？	(未治療 治療中 治療後)
(7) 経口糖尿病薬を服用していますか？	(なし あり)
	(薬品名;)
(8) 妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？	(なし あり)

□問診内容を確認しました。造影検査の実施を許可します。

説明医師名

上記の説明により、造影検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日

本人または代理人(続柄) ご署名

職員が代筆の場合は、職種() 氏名(フルネーム)

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。

救急搬送または状態急変のため本人(代理人)に造影剤使用について同意書を取ることができない場合、下記にご署名ください。現時点では、造影剤の副作用リスクより診断・治療を優先すると判断します。よって造影剤を用いた検査を行ってください。

年 月 日 時 分 依頼医師名

特定医療法人 暁純会 武内病院 Tel 0570-002323

赤枠内の記入をお願いいたします。

造影CT検査に関する説明および同意書

病院控用

検査日

患者様氏名

今回実施するCT造影検査は、より詳細な病気の評価のために“ヨード造影剤”を注射して行います。

造影剤注入直後～数日後の間に、次の様な副作用が起こることがありますので、本人または代理人の同意書を得た上で、造影剤を使用いたします。

造影検査の依頼は外来または病棟担当医が行いますが、本造影剤を注射するかどうかは検査目的や患者様の状態に応じて、放射線科診断担当医師が検査当日に判断致します。

- ① 説明をお読みになり、太枠内の「問診」と「ご署名」を記入ください。
- ② 検査直前の食事(午前中に検査の方は朝食、午後に検査の方は昼食)を摂らず来院してください。
お水や毎日のお薬はお飲みください。
- ③ この同意書を検査当日にご持参ください。

★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上で、検査を行っております。

＜軽い副作用＞ 吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしよみ、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。

＜重い副作用＞ 呼吸困難、嘔声、意識障害、血圧低下、腎不全など。入院の上、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。約1万～2万人に1人の割合(0.005%～0.01%)で、死亡する場合があります。

＜その他＞ 体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配いりません。勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤が漏れることがあります。基本的には時間が経てば吸収されますが、まれに漏れた量が多い場合には、別の処置が必要となることもあります。

下欄は安全に造影検査を受けていただくための問診です。回答をお願いいたします。

造影検査に関する問診

- (1) 今までに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか？
 - ・ 上記で「あり」の方: 帰宅後も含めて副作用はありましたか？
 - ・ 上記で「あり」の方: どのような副作用でしたか？
- (2) 薬や食物でアレルギーが出たことがありますか？
- (3) 気管支喘息(ぜんそく)と言われた事がありますか？
- (4) 腎臓に障害(腎不全など)はありますか？
- (5) 心臓に障害(心不全など)はありますか？
- (6) 甲状腺に障害(バセドウ病など)はありますか？
 - ・ 上記で「機能亢進症」に○をつけた方: 治療はされていますか？
- (7) 経口糖尿病薬を服用していますか？
- (8) 妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？

(なし	あり	
(なし	あり	
吐き気・発疹・その他()		
(なし	あり	
(なし	治療中	治療後)
(なし	あり	透析)
(なし	あり	
(なし	機能低下症	機能亢進症)
(未治療	治療中	治療後)
(なし	あり	
(薬品名:)		
(なし	あり	

☐ 問診内容を確認しました。造影検査の実施を許可します。

説明医師名

上記の説明により、造影検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日

本人または代理人(続柄) ご署名

職員が代筆の場合は、職種() 氏名(フルネーム)

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。

救急搬送または状態急変のため本人(代理人)に造影剤使用について同意書を取ることができない場合、下記にご署名ください。

現時点では、造影剤の副作用リスクより診断・治療を優先すると判断します。よって造影剤を用いた検査を行ってください。

年 月 日 時 分 依賴醫師名

特定医療法人 暁純会 武内病院 TEL 0570-002323