

造影CT検査に関する説明および同意書

患者様用

検査日 年 月 日 患者様氏名

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、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いたします。

- 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 腹部撮影、造影剤を使用して検査を受けられる方は、検査直前の食事（午前に検査の場合は朝食、午後に検査の場合は昼食）を摂らずに来院してください。
ただし午後に検査の方は、朝食は9時までに済ませてください。水、お茶は飲んでいただいて構いません。
服用中のお薬については、医師からの指示がない限り、通常通り服用してください。
- 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できるようにした上で、検査を行っています。

軽い副作用 (5%以下)	吐き気、動悸、頭痛、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。
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。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頂くための問診です。回答をお願いいたします。

造影検査に関する問診

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. これ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。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 上記でありの場合、その時(帰宅後も含めて)副作用がありましたか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 上記でありの場合、どんな副作用でしたか。 | 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。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 3. 気管支喘息(ぜんそく)はありますか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 4. 腎臓に障害(腎不全など)はありますか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 5. 心臓に障害(心不全など)はありますか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 6. 甲状腺に障害(バセドウ病など)はありますか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 7. 経口糖尿病薬を服用していますか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:薬名() |
| 8. 現在妊娠中、または妊娠している可能性はありますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない |

上記の説明により、造影CT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。

説明医師名

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

造影CT検査に関する説明および同意書

病院控用

検査日 年 月 日 患者様氏名

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、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いたします。

- 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 腹部撮影、造影剤を使用して検査を受けられる方は、検査直前の食事（午前に検査の場合は朝食、午後に検査の場合は昼食）を摂らずに来院してください。
ただし午後に検査の方は、朝食は9時までに済ませてください。水、お茶は飲んでいただいて構いません。
服用中のお薬については、医師からの指示がない限り、通常通り服用してください。
- 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できるようにした上で、検査を行っています。

軽い副作用 (5%以下)	吐き気、動悸、頭痛、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。
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	体が熱くなる場合がありますが、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頂くための問診です。回答をお願いいたします。

造影検査に関する問診

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. これ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。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 上記でありの場合、その時(帰宅後も含めて)副作用がありましたか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 上記でありの場合、どんな副作用でしたか。 | 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。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 3. 気管支喘息(ぜんそく)はありますか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 4. 腎臓に障害(腎不全など)はありますか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 5. 心臓に障害(心不全など)はありますか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 6. 甲状腺に障害(バセドウ病など)はありますか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない |
| 7. 経口糖尿病薬を服用していますか。 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:薬名() |
| 8. 現在妊娠中、または妊娠している可能性はありますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない |

上記の説明により、造影CT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。

説明医師名

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