

CT 造影検査説明書および同意書

電話予約後、この用紙は依頼医療機関と患者様でご記入して下さい。

【目的】

- 病変の性質や範囲をみるため
- 尿路疾患が疑われ、腎臓、尿管、膀胱をみるため
- 血管の病変が疑われ、血管をよくみるため
- その他 ()

【問診】

- ・ヨード造影剤を使用した経験がある。(有・無)
- ・その時ヨード造影剤で副作用が出たことがある。(有・無) (症状)
- ・ぜんそく (有・無) (治療や発作の状況)
- ・腎臓の病気をしたことがある (有・無)
- ・薬や食物アレルギー反応が出たことがある。(有・無)

【合併症】

- ・造影剤の注射直後に熱感が見られることがありますが、これは生理的反応で心配ありません。
- ・3%で吐き気、気分不快、蕁麻疹などの皮疹、かゆみなどの軽度の合併症があります。
- ・2500～4000 人に 1 人程度の割合で血圧低下によるショックやのどの粘膜の腫れによる呼吸困難などの重篤な合併症があり、100000～400000 に 1 人程度で死亡例があるといわれています。
- ・腎臓の機能が低下している方、重い心不全、肝不全、糖尿病、甲状腺疾患の方、多発性骨髄腫、カルシウム代謝異常の方は造影剤が使用できない場合や使用に制限が加わることがありますので、該当される方はお申し出ください。
- ・遅発合併症として蕁麻疹や皮膚のかゆみ頭痛などの症状が造影剤終了後から遅れて(30分から1週間程度)で出ることがあります。このような場合は当院への受診またはご連絡をお願い致します。
- ・もし合併症が生じた場合には、適切な処置を行います。

_____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

説明医師 _____

印 _____

私は造影検査の必要性とそれに伴う危険性などに十分に説明を受け、理解しましたのでその実施に同意いたします。なお、実施中に緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には適宜施行される事についても同意します。

_____年 _____月 _____日

患者氏名 _____

印 _____

同意者名 _____

印 _____

同意書に署名後も質問や承諾の取り消しは可能です。(患者との続柄 _____)