

CT検査

造影剤同意書(カルテ用)

造影検査予定日 年 月 日

造影剤問診項目 該当項目を囲んで下さい。(医師記入)

■ 造影剤使用経験

1. なし 2. あり : CT・MRI・血管造影・その他()

■ 造影剤副作用歴

1. なし 2. あり : 吐気嘔吐・じんま疹・血圧低下・その他()

■ 糖尿病の薬の服用

1. なし 2. あり : ビグアナイド系の薬の服用 あり・なし

■ 喘息歴

1. なし 2. あり : 現在治療中・現在治癒している

■ アレルギー歴

1. なし 2. あり : アトピー・アレルギー性鼻炎・食べ物・薬・その他()

■ 重篤な心臓病

1. なし 2. あり (病名)

■ 甲状腺の病気

1. なし 2. あり (病名)

■ 腎臓病

1. なし 2. あり (病名)・透析をしている

■ 妊娠の可能性(女性のみ)

1. なし 2. あり

患者様へ 医師の説明により納得できたところをチェックして下さい。(チェック例)

造影剤を使用した検査の必要性について、説明により理解しました。

検査の副作用の可能性について、説明により理解しました。

同意は自由であること。いつでも同意を撤回する権利を理解しました。

私は、CT検査における造影剤使用について担当医より十分な説明を受けました。

造影剤の投与を受けることに 同意いたします。 同意出来ません。

承諾日 年 月 日

患者氏名(署名)

保護者または代理人氏名(署名)

(患者との続柄:)

上記患者に対して、造影検査について、その必要性と内容、起こりえる危険性、後遺症、合併症などについて説明しました。

説明日 年 月 日

説明医師署名

CT検査

造影剤同意書(医事課用)

造影検査予定日 _____年 _____月 _____日

造影剤問診項目 該当項目を囲んで下さい。(医師記入)

■ 造影剤使用経験

1. なし 2. あり : CT・MRI・血管造影・その他()

■ 造影剤副作用歴

1. なし 2. あり : 吐気嘔吐・じんま疹・血圧低下・その他()

■ 糖尿病の薬の服用

1. なし 2. あり : ビグアナイド系の薬の服用 あり・なし

■ 喘息歴

1. なし 2. あり : 現在治療中・現在治癒している

■ アレルギー歴

1. なし 2. あり : アトピー・アレルギー性鼻炎・食べ物・薬・その他()

■ 重篤な心臓病

1. なし 2. あり (病名 _____)

■ 甲状腺の病気

1. なし 2. あり (病名 _____)

■ 腎臓病

1. なし 2. あり (病名 _____) ・透析をしている

■ 妊娠の可能性(女性のみ)

1. なし 2. あり

患者様へ 医師の説明により納得できたところをチェックして下さい。(チェック例)

- 造影剤を使用した検査の必要性について、説明により理解しました。
 検査の副作用の可能性について、説明により理解しました。
 同意は自由であること。いつでも同意を撤回する権利を理解しました。

私は、CT検査における造影剤使用について担当医より十分な説明を受けました。

造影剤の投与を受けることに 同意いたします。 同意出来ません。

承諾日 _____年 _____月 _____日

患者氏名(署名)

保護者または代理人氏名(署名)

(患者との続柄: _____)

上記患者に対して、造影検査について、その必要性と内容、起こりえる危険性、後遺症、合併症などについて説明しました。

説明日 _____年 _____月 _____日

説明医師署名 _____

CT検査

造影剤同意書(患者様用)

造影検査予定日 年 月 日

造影剤問診項目 該当項目を囲んで下さい。(医師記入)

- 造影剤使用経験
1. なし 2. あり : CT・MRI・血管造影・その他()
- 造影剤副作用歴
1. なし 2. あり : 吐気嘔吐・じんま疹・血圧低下・その他()
- 糖尿病の薬の服用
1. なし 2. あり : ビグアナイド系の薬の服用 あり・なし
- 喘息歴
1. なし 2. あり : 現在治療中・現在治癒している
- アレルギー歴
1. なし 2. あり : アトピー・アレルギー性鼻炎・食べ物・薬・その他()
- 重篤な心臓病
1. なし 2. あり (病名)
- 甲状腺の病気
1. なし 2. あり (病名)
- 腎臓病
1. なし 2. あり (病名)・透析をしている
- 妊娠の可能性(女性のみ)
1. なし 2. あり

患者様へ 医師の説明により納得できたところをチェックして下さい。(チェック例)

- 造影剤を使用した検査の必要性について、説明により理解しました。
- 検査の副作用の可能性について、説明により理解しました。
- 同意は自由であること。いつでも同意を撤回する権利を理解しました。

私は、CT検査における造影剤使用について担当医より十分な説明を受けました。

造影剤の投与を受けることに 同意いたします。 同意出来ません。

承諾日 年 月 日

患者氏名(署名)

保護者または代理人氏名(署名)

(患者との続柄:)

上記患者に対して、造影検査について、その必要性と内容、起こりえる危険性、後遺症、合併症などについて説明しました。

説明日 年 月 日

説明医師署名

造影剤を用いるCT検査を受けられる方へ

1. 次に該当する方は、必ず事前にお知らせ下さい。

- 1) 過去に造影剤を使用した検査を受けたことがあり、その際に気分が悪くなった。
- 2) 気管支喘息である。または、薬・食物にアレルギーがある。また、両親・兄弟に該当者がいる。
- 3) 腎臓病、甲状腺機能亢進症などの病気がある。
- 4) 妊娠している。または妊娠の可能性がある。

2. CT検査とは

今回実施するCT検査は造影剤というお薬を注射して行う予定です。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、今後の治療に役立てます。造影剤を使用しなくても検査はできますが、より正確な診断を行うためには造影剤が必要です。

3. 造影剤を使用しない場合

同意いただけない場合でも造影剤を用いないで、可能な限り正確な診断となるような検査は施行いたしますが、正確な診断ができず病気を見落とす可能性があります。また同意いただいている場合でも病気の性質その他の医学的な理由のため、造影剤を用いない場合があることをご了承ください。

4. 造影剤の副作用などについて

造影剤は副作用の少ないものが開発され安全な薬ですが、副作用が起こることがあります。

以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強く出る場合もあり造影検査を行わないことがありますので、必ず問診票の記入をお願いします。

- ・今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのある方
- ・気管支喘息などのアレルギー歴のある方
- ・他の薬剤過敏症やじん麻疹などのアレルギー歴のある方

* 当院では、造影検査中では、看護師と診療放射線技師が常に観察しており、何か異常が現れた場合にはすぐに造影を中止し、放射線科医師が適切な対処をいたします。もし、異常だと感じたら、ためらわず、すぐにおっしゃってください。

副作用の具体的例

- 1) 造影剤を注射するときには、体が熱くなることがありますが、血管に対する直接の刺激で正常な反応であり、心配ありません。
- 2) 造影剤を勢いよく注入するために、まれに血管外に漏れることがあります。漏れた部位が腫れて痛みが持続することもあります。通常は自然に吸収されてくるので心配ありません。漏れた量が非常に多い場合は、別の処置が必要になることもあります。
- 3) 軽い副作用：吐き気、かゆみ、発疹などで基本的には治療を必要とはしません。このような副作用の起こる確率は約5%以下です。
- 4) 重い副作用：呼吸困難、血圧低下、意識障害などです。このような副作用は治療が必要で、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は、約25,000人に1人です。
- 5) 非常にまれですが、様々な処置を行っても症状・体質によっては約40万人に1人の確率で、死亡する場合があります。
- 6) 検査終了後、30分から数日後に頭痛、発疹、かゆみ、吐き気などの症状が現れることが数パーセントの確率で起こる場合があります。このような症状はほとんど一時的なものなのですが、ご心配があれば下記までご連絡下さい。症状が現れた場合は、次回受診の際に医師にお知らせ下さい。

5. 造影CT検査を受けるにあたって

特に指示のない場合は、通常通りに食事を摂って構いません。服用中のお薬は、特に指示のない限り、通常通り服用して下さい。

6. 検査終了後

食事は普通にお摂り下さい。普段通りの生活を送って下さい。

造影剤は尿として排泄されますので、排泄を促進させるために水分を多めにお摂り下さい。

新潟労災病院 TEL 025-543-3123

平日の8:30～17:00 主治医
上記以外の時間 救急外来

わからないことがありましたら、主治医または検査担当者に遠慮なくご質問下さい。