

地域医療室へ **TEL後FAX**

CT造影検査添付書類 ②
この書類は検査依頼書と一緒にFAXしてください。

CT造影検査(ヨード造影剤)説明書及び同意書

私は、患者さまの病状、検査の必要性、危険性、合併症などについて、以下のように説明いたしました。

CT造影検査では、ヨード造影剤を静脈注射より体内に投与して検査を行います。造影剤によって血管や臓器が濃染され、病巣の有無や状態を正確に評価するために有用です。

造影剤を使用しなくてもCT検査は行えますが、正確な診断ができず病気を見落とす場合があります。造影剤使用の長所、短所をよく考えたうえで、医師が患者さまにとって利益になると判断したため造影検査を勧めています。

造影剤は有用な薬剤ですが、稀に下記に示すような副作用や血管外への漏れが起こることがあります。

***副作用について**

軽い副作用とは、吐き気・くしゃみ・発疹・動悸・頭痛などです。ほとんどすぐに症状は治まりますが、検査終了数時間後に発疹が現れることもあります。このような副作用の起こる確率は、約100人につき5人以下(5%以下)と報告されています。

重い副作用とは、呼吸障害・意識消失・血圧低下・腎不全などがあり、治療が必要になる場合があります。このような副作用の起こる確率は、約1,000人につき1人(0.1%)と報告されています。また、約40万人につき1人(0.00025%)と稀ですが、他の薬剤と同様に、病状・体質によっては死亡する場合がありますと報告されています。

***造影剤投与時について**

勢いよく造影剤を注入し検査を行うため、正常に針が留置されていても血管外に造影剤が漏れることがあります。漏出した部位に腫れや痛みを伴うことがありますが、基本的に自然に吸収されるため心配ありません。漏れた量が非常に多い場合は、処置が必要となることもあります。

本検査は箕面市立病院で行います。箕面市立病院では造影CT検査を年間約3,500件行っており、検査時は患者さまの状態を観察し副作用などに対して迅速に対応するべく最善を尽くしています。

また、造影剤の必要性と危険性をよく理解していただいたうえで、安全に検査を行うために問診を行っています。問診でお答えいただいた内容及び当日の患者さまの体調に問題があれば、箕面市立病院の医師が最終判断し造影剤を使用しない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

説 明 日 : 令和 年 月 日
説明医師署名 :

CT造影検査(ヨード造影剤)同意書

私は、造影検査について十分な説明を受け理解しました。造影検査を受けることに

同意します 同意しません※

○説明された内容について分からないことがある場合は、ご遠慮なく質問してください。

○同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

※同意できない(造影検査を受けない)場合による結果について、主治医・担当医・病院の責任を問わないことをご了承のうえご署名ください。

患者住所

氏名

同意日 令和 年 月 日

注: 患者さまが自分で記載できない状態のときは、代理人が必要です。

患者さまが未成年者の場合には親権者(2名いらっしゃれば原則として2名)の署名が必要です。それぞれ、自筆でご署名ください。

親権者または
代理人

住所
氏名

患者との続柄

同意日 令和 年 月 日

住所
氏名

患者との続柄

同意日 令和 年 月 日