

造影CT検査に関するご説明、同意書、問診票

ID

患者氏名

様

あなたは（月日）のCT検査で静脈注射による造影剤を使用する予定です。その目的と副作用について説明いたしますので十分ご理解の上、同意書に署名されて下さい。

同意されない場合、造影CT検査は行いません。診断能の限界や代わりの検査法については主治医とよくご相談されて下さい。また、同意される方は、下記の問診票への記入もお願い致します。

なお、この同意書は署名されて1年間、上記造影検査に対して有効とさせていただきます。初回の造影検査に同意されても、次の造影検査までにお気持ちが変わられた場合には、主治医、看護師にお申し出下さい。

1. 造影剤使用の目的

病気の有無、種類、広がりをはっきりとさせる。

2. 副作用の種類と頻度、治療法

1) 軽い副作用：吐き気、蕁麻疹、かゆみ、嘔吐などで、30人に1人程度の割合で起こる可能性があります。

2) 重い副作用：呼吸困難、血圧低下、意識障害などで、2500人に1人の割合で起こる可能性があります。

3) 死亡例：50万人に1人の割合です。

4) 遅発副作用：検査後1時間から1週間の間に発疹、倦怠感、血圧低下などが起こる可能性があります。

治療を要する副作用の頻度は低いですが、必要な場合は、検査医、主治医、スタッフで迅速に適切な処置を行える体制をとっております。

説明にあたった医師の署名

立会い看護師署名

私は上記の説明を受け、造影剤を使用する検査を受けることに

1. 同意します。

2. 同意しません。

年 月 日

続柄

ご本人署名

代理人

()

問診票

(あり、なしに○を付け、ありの方はご記入もお願いします。)

- | | | |
|------------------------|----|---------------------------|
| 【1】 造影剤使用の経験 | なし | あり (CT、心臓、腎臓、胆嚢、血管造影、MRI) |
| 【2】 【1】で「あり」の方はその時の副作用 | なし | あり (具体的に) |
| 【3】 アレルギー | なし | あり (原因) |
| 【4】 喘息 (ぜんそく) | なし | あり (過去に言われた方も) |
| 【5】 腎機能の低下 | なし | あり 不明 |
| 【6】 糖尿病の内服薬の服用 | なし | あり (薬剤名) |

(ビクアナイド系の糖尿病用剤は前日から検査翌日まで3日間投与を中止し、翌々日から再開して下さい。)

※副作用の起こる可能性が高いと判断された場合は造影剤を使用しない可能性があります。