

# 造影CT検査の同意書

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

## 1. 検査の目的と方法:

CT検査とは、コンピューターとX線を使って体の断面画像を見る検査です。

通常の検査では、放射線による被曝の影響はほとんどないと考えられていますが、ご心配の場合は主治医やスタッフにご相談ください。

造影CT検査とはヨードを含んだ造影剤という薬を血管内に注射して検査するもので病変部のより詳しい情報を得ることができます。

## 2. 造影剤の副作用・合併症・危険性について:

ほとんどは吐き気・嘔吐・熱感・皮膚症状(赤くなる・かゆみ・発疹)・くしゃみ・せきなど一過性の軽い症状のものがほとんどですが、まれに血圧低下や呼吸困難などの重い症状もあります。また、検査中・直後に生じるものがほとんどですが、まれに検査後数時間から10日位の間と同様の症状が生じることもあります。その時は病院までご連絡ください。

## 3. 造影剤の副作用の可能性と対応策:

造影剤の副作用は軽いものを含めると造影CT検査全体の約3%程度生じると言われています。

## 4. 次に該当する方は検査を受けられない場合があります。検査前に主治医にご相談ください。:

- ① 以前に造影剤で具合が悪くなったことがある。
- ② 気管支喘息やアレルギー体質である。
- ③ 腎機能が悪い、あるいは腎臓病である(腎機能が悪化することがある)
- ④ 甲状腺機能亢進症である。
- ⑤ 妊娠・または可能性がある。(胎児への安全が確立されていない)
- ⑥ 授乳中である。(検査可能ですが、検査後48時間は母乳を捨ててください。)

## 5. 同意書撤回について:

同意した後であっても、実施前であれば同意を撤回することができます。同意を撤回することで不利益を被ることはありません。

説明日 平成 年 月 日

紹介元医療機関名

説明医師

印

札幌東徳洲会病院 病院長殿

私は上記内容の説明を受け、質問する機会を得ました。上記の検査に関して理解できましたので、上記の実施に、

同意します。

同意しません。

日 時 \_\_\_\_\_ 年 月 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 分

患者氏名 \_\_\_\_\_ (自筆署名もしくは記名捺印)

※代筆した場合は代筆者の氏名 ( \_\_\_\_\_ )

代理人 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) (自筆署名もしくは記名捺印)

代筆者又は代理人が署名した場合は、患者本人が署名できなかった理由を記載してください。

( \_\_\_\_\_ )