

造影 CT 同意書

検査予定日 年 月 日

患者氏名 様

あなたの病気を診断するため、造影検査を予定しています。病気の状態を詳しく調べて治療方針を決めるための大事な検査です。検査の時にヨード系造影剤という検査薬を静脈に注射します。CT検査は造影剤を使わなくても行えますが、あなたの場合、造影剤を使った方が詳しく診断できます。注射をするとからだは熱くなりますが、それは検査後よくなるので心配ありません。ただヨード系造影剤もほかの薬と同様、稀に副作用を起こすことがあります。

- ・軽い副作用：吐き気、嘔吐、蕁麻疹、かゆみ等（百人に数人の確率）
- ・重い副作用：呼吸困難、血圧低下、ショック、意識消失、心停止など（2.5万例に1人）、死亡（40万例に一人の確率）

これらの副作用は以前にヨード造影剤を使って副作用が起こったことがある人、気管支喘息を患っている人では、一般の人と比べて6倍程度多く起こることが知られています。

- ・遅発性副作用：副作用の多くは検査中に起こることがほとんどですが、稀に6時間～数日後の期間まで遅れて見られることがあります。

腎臓の働きの悪い患者さんでは更に腎機能が悪くなることがあります。

稀に造影剤が血管外に漏れて注射したところが腫れて痛むことがあります。

以前にヨード造影剤で副作用が出なかった方でも、副作用が出ないとは限りません。副作用が起こった場合は適切な処置を迅速に行ないます。この点をご理解いただき、十分に納得された上で造影CTをお受け頂きますようお願い致します。尚、ご質問のある方は遠慮なさらずにお尋ね下さい。

説明日 年 月 日 時間 : ~ : 場所

説明医署名

病院長殿

私は、上記項目について、十分な説明を受けました。内容を理解し、同意します。

患者氏名 様 同意日 年 月 日

患者署名 代理人署名 (続柄:)

同席者署名 (続柄:)