

C T 造 影 検 査 同 意 書

患者氏名 _____ 様

造影検査につき説明いたしました。

医療機関名 _____

担当医師名 _____

上記の診療について、医師の説明を聞き、その内容を理解したので同意いたします。

年 月 日

本人／代理人 _____ (印)

家 族 _____ (印)

立会人 _____ (印)

同席者職氏名（看護師） _____

※ 添付説明書（ C T 造 影 検 査 説 明 書 ）

C T 造 影 検 査 説 明 書

患者氏名 _____ 様 _____ 歳

ヨード系造影剤を注射してレントゲン写真、C T 検査をすることは病気の診断、治療にたいへん役立つ検査です。しかし、頻度は少ないのですが以下の副作用が検査中または検査後に発生する可能性があります。現在、副作用を確実に予知する方法はないといわれています。

1. 軽い副作用 : 吐き気、嘔吐、かゆみ、発疹など
頻度は0.4%～1.0% (1,000 人に4～10 人程度) です。
2. 重篤な副作用 : 呼吸困難、血圧低下、ひきつけ、意識消失など
頻度は0.04% (2,500 人に1 人程度) です。

まれに造影剤が血管外にもれることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります但基本的には時間がたてば、吸収されて心配ありません

もし、副作用が発生した場合、昇圧剤やステロイドホルモンの投与など万全の体制で対応いたします。

以下の既往歴のある方は副作用の頻度が高く、症状が強く出る場合があります。下記の項目が当てはまる場合は、当てはまる項目にチェックし医師、看護師に申し出てください。

- ☐ 今までに造影検査を受けてアレルギー反応のあった方
- ☐ 気管支喘息の方、あるいはその既往のある方
- ☐ 薬物や食物によるアレルギー歴のある方
- ☐ 腎臓の働きが悪い（腎不全など）といわれた方
- ☐ 糖尿病の薬を内服している方

遅発性（1 時間後から数日後）に上記の副作用が発生することもありますので、その場合は至急病院に来院していただくか、連絡（電話：252－2200）してください。

年 月 日

医療機関名 _____

担当医師名 _____