

造影CT検査説明書

様

ID :

(お知らせ)

検査日: 年 月 日 (曜日)

開始時間: ~

※30分前までに受付を済ませ外来にお越し下さい

※8時30分に検査を受ける方は8時30分頃にお越し下さい

医師説明と患者（ご家族）様への依頼記録

患者様、ご家族様へ

- 納得できるよう遠慮なく医師にご質問してください
- 納得できましたら、その場で患者様ご本人、或いはご家族様の署名をお願いします
- 本書の紛失または汚損には十分にご注意をお願いします
- これは当日の検査のみ、有効とします

医師による説明の記録

(目的)

CT検査は、血管や臓器病変の有無など、診断に必要な情報を得るために行います。CT検査には造影剤を使用して行う方法と使用しないで行う方法があり、造影CTで使用するヨード造影剤は、病変をより鮮明に確認する目的で使用します。病気の種類によっては、造影剤を使用しなければ診断・治療に必要な情報が得られないことがあります。

(禁忌)

- ヨード又はヨード造影剤に過敏症の既往歴
- 重篤な甲状腺疾患

(原則禁忌)

- 一般状態が極度に悪い
- 重篤な肝障害
- マクログロブリン血症
- 気管支喘息
- 重篤な腎障害（無尿病）
- 多発性骨髄腫
- 重篤な心障害
- 急性膵炎
- テタニー
- 褐色細胞腫やその疑いのある方

(方法)

造影剤は主に腕の静脈から注射します。腎臓の働きが正常であれば、24時間後にほぼ100%が尿中に排泄される安全な薬です、まれに次のような副作用が起こることもあります。

- 重大な副作用：ショック・アナフィラキシー様症状・腎不全・肺水腫・血小板減少・肝機能障害・皮膚障害などがみられます。非常に稀ですが、死に至ったケースの報告もあります
- 軽い副作用：吐き気・嘔吐・かゆみ・蕁麻疹・くしゃみ・唾液増加
- 1～2日後、出現する可能性のある副作用：発疹・皮膚のかゆみなど
- その他の副作用：造影剤の血管外への漏れがあります

(予測される危険性)

非イオン性造影剤の副作用出現率 (5,276/168,363例 = 3.13%)

①死亡 (1/168,363例 *ただし造影剤との因果関係ははっきりしません)

②極めて重篤な副作用の発現率 (0.004%)

症状：呼吸困難・急激な血圧低下・心停止・意識消失などで入院を必要としたもの

③重篤な副作用の発現率 (0.04%)

午前中に検査のある方は朝食、午後に検査のある方は昼食を**摂取しないでください。** それ以降は、検査終了まで禁食です。**検査開始6時間以内に食事をされた場合は検査ができないことがあります。**

造影検査中は看護師と診療放射線技師が常に観察しており、何か異常が現れた場合にはすぐに造影を中止し、医師が適切な対処をいたします。

* 検査後に異常と思われる症状が現れた場合は、下記へご連絡下さい。

下田メディカルセンター

静岡県下田市6丁目4-10

予約専用:0558-38-0443

指示医

発行

造影CT検査同意書

ID

様

検査日：____年____月____日（__曜日） 開始時間：

安全な検査を行う為に必要ですので、下記の質問にお答えください

*下記のどちらかにチェックをお願い致します。

1. 現在透析を受けていたり、腎機能が低下していると言われたことがありますか？

 いいえ はい eGFR値： - 検査未実施

※ 当院では原則3ヶ月以内の血液データ（eGFR値45以上）を推奨しております。

造影許可署名： 主治医

2. 現在糖尿病の治療薬を使用していますか？

 いいえ はい お薬の名前（)

はいと答えた方にお尋ねします。ビグアイド系のお薬を今日飲みましたか？

 いいえ はい

3. 今までに血管から入れる造影剤を使った検査をした事がありますか？

 いいえ はい

はいと答えた方にお尋ねします。

その検査中、または検査後に何らかの副作用が出たことがありますか？

 いいえ はい どのような症状でしたか？ ()

*検査後は水分を十分に摂って下さい（水分制限がない場合のみ）

説明を受けた患者（ご家族）様の記録

下記のどちらかにチェックの上、ご署名をお願いいたします。 CT造影検査について担当医師からその必要性、それに伴う危険性などについて詳しく説明を受け、納得いたしましたので、造影検査に必要な処置を行うことを依頼致します。 CT造影検査について説明を受けましたが、造影剤を使用せずに検査を行うことを依頼致します。それによって自らが被る不利益に関して主治医・病院の責任を追及致しません。

* 検査前にいつでも撤回することができます、その場合は造影検査の説明をした医師またはスタッフにご連絡下さい。

患者様署名 : _____ 続柄 : _____

署名年月日 : _____年 _____月 _____日

*ご本人が署名できない場合は、ご家族様が署名してください

説明した医師 _____ (印)

年月日 : _____年 _____月 _____日

下田メディカルセンター

静岡県下田市6丁目4-10

予約専用:0558-38-0443

発行