

CT（造影剤使用）に関する説明と同意書

患者氏名 _____ 様

【説明】

今回の診察の結果、造影剤を使用した放射線検査を要すると医師が判断しました。

造影剤は静脈血管内に注射を行います。

今回使用する造影剤は病院で日常的に使用している検査用薬剤（非イオン性ヨード製剤）ですが、以下のような副作用が起こる可能性があります。

① 検査中もしくは検査直後に顔や体が熱くほてった感じになり、吐き気・頭痛・皮疹・掻痒感・呼吸困難感・喘息発作などが出現することがあり、通常は時間とともに消失し心配ないことがほとんどです。

その頻度は約 100 回に 1～3 回くらいと言われています。

② ごく稀にショック（血圧低下）を起こすことがあり、この場合は処置が必要となります。その頻度は 10 万回に一回くらいと言われています。

***上記の副作用は飲水することで軽減しますので検査前後に十分な水分摂取をしてください。**

③ 静脈からの造影剤投与時に造影剤が血管から漏れた場合、皮膚や筋肉に炎症が起こることがあります。大部分は冷湿布などにて数日以内に軽快しますが、ごく稀に炎症が強く長引くことがあり特殊な治療が必要になることがあります。

もし検査中に副作用が出ましたら、速やかに医学的処置を行い対処させていただきます。

また、検査から時間が立って（帰院後）副作用が出ることもあります。異常を感じましたら病院までご連絡ください。 連絡先：磯子中央病院（Tel：045-752-1212）

《下記の方は申し出てください》 *造影剤検査を再度検討させていただきます

- ・今までに造影剤もしくはヨード（ヨウ素）にてアレルギー反応が出た患者様
- ・気管支喘息のある方（ 現在は治療をしていない 現在も治療を継続中）
- ・褐色細胞腫のある患者様

説明日 年 月 日

医療機関名 _____

説明医師署名 _____ 印

磯子中央病院 病院長殿

私は上記の検査の必要性及び起こり得る副作用を理解し検査することに同意します。

同意日 年 月 日

検査を受ける方のお名前（自書） _____

代理の方のお名前（自書） _____（続柄： _____）

*ご本人が署名できない場合は代理の方がご署名ください