

造影剤を用いるCT検査（ 年 月 日 曜日施行）の説明書

1. 目的・方法

造影剤を用いるCT検査では、造影剤を80-150ml(成人の場合)静脈注射してCT検査を行います。造影剤によって血管、臓器、腫瘍などの病変が様々な程度で染まることで、小さな病変を見つけ、病気の性質(良性・悪性の区別)、病気の進行の程度、血管の病気などを正確に評価するのに有効です。

2. 造影剤の副作用について

- 1) 造影剤を注射するときには、体が熱くなりますが、正常な反応であり、心配いりません。
- 2) 造影剤を勢いよく注入するために、まれに血管外に漏れることがあります。漏れた造影剤は、じきに吸収されますが、腫れが強い場合は処置が必要となることがありますのでお知らせ下さい。
- 3) 軽い副作用:5%以下の割合で治療不要なかゆみや胃の不快感、嘔気、嘔吐、発疹等が生じることがあります。
- 4) 重い副作用:2万5千人に1人の割合で治療が必要な呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全等が生じることがあります。
- 5) 非常にまれですが、死亡例も報告されています(40万人に1人の割合)。
- 6) 遅発性副作用:投与後数10分～数日後に、嘔気、発疹、咳発作、腹痛、全身倦怠感などの症状が生じる場合があります。その際は、病院にご連絡ください。

※ 当院では万一の副作用に対しても迅速かつ最善の処置ができるようにマニュアルを作成し、体制を整えています。もし息苦しさや吐き気などの異変を感じた場合はすぐにお知らせ下さい。

3. 代替検査

検査の部位や目的によっては、造影剤を使用せずにCT検査を行う場合、超音波検査、MRI検査などで代用する場合があります。今回の検査目的については、造影CT検査が正確で、有用な検査方法と考えます。

4. 造影検査を行わない場合の不利益について

造影剤を使用しないと正確な診断ができず、病気を見落とす場合、病期の種類、進行度合いなどの評価ができない場合があります。正確な診断結果を得ることによって、医師が患者の利益になると判断した場合に、造影検査をお勧めしています。

この同意は検査施行直前までいつでも撤回することができますので、担当医や検査室のスタッフに伝えて下さい。また、以上の説明内容で少しでも不明な部分があれば、遠慮なく検査スタッフに質問して下さい。

造影剤を用いるCT検査（ 年 月 日 曜日 施行）の問診票

以下の質問にお答え下さい

1) CT造影剤(ヨード造影剤)の使用経験はありますか？

なし あり 分からない

2) ヨード造影剤による副作用の経験はありますか？

なし あり (内容: _____)

3) 気管支喘息と診断されたことはありますか？ ※1

なし あり (活動性・非活動性)

4) アレルギーはありますか？(喘息以外)

なし あり (内容: _____)

5) 腎障害・心疾患と診断されたことはありますか？ ※2

なし あり (内容: _____)

6) 甲状腺疾患と診断されたことはありますか？ ※3

なし あり (内容: _____)

7) 糖尿病と診断されたことはありますか？ ※4

なし あり

(内服中の糖尿病治療薬名: _____)

※1: 活動性の気管支喘息がある患者様は、造影CT検査が受けられない場合があります

※2: 中等度～高度の腎障害がある患者様は、造影CT検査が受けられない場合があります

※3: 甲状腺機能亢進症・多結節性甲状腺腫がある患者様は、造影CT検査が受けられない場合があります

※4: ビグアナイド系糖尿病薬を内服している患者様は、検査前後48時間の休薬が必要となります

以上の内容を総合的に判断し、造影検査に同意をいただいている場合でも、検査中の判断により、造影剤を用いない場合もありますのでご了承下さい。

記入日: 年 月 日

患者氏名(ご署名) _____

代理人氏名 (続柄: _____) (ご署名) _____

造影剤を用いるCT検査（ 年 月 日 曜日施行）の同意書

以下に記載する事項について同意されれば、同意の署名欄にご本人または代理人のご署名をお願い致します。できるだけ、本人と代理人両者のご署名をお願いします。

同意事項

- 1) 説明書を読み、ヨード造影剤を使用する検査の必要性、副作用について十分に理解しました。
- 2) ヨード造影剤の使用に同意します。もし副作用が生じた場合はそれに対する処置を受けます。
- 3) 造影検査の了承は、患者本人または代理人の任意の同意に基づくもので、当院医師の強引な説得によるものではありません。
- 4) 同意した場合においても、造影剤の使用の最終決定は検査担当医の総合判断に委ねます。
- 5) 造影検査について説明書に疑問点、さらに詳しい説明を希望した場合は説明を受けることができます。
- 6) 患者本人または代理人は、検査を受けることを同意した後、いかなる場合でも撤回できます。

西日本病院病院長 殿

上記の内容を十分理解した上で造影検査に

・同意します。 ・同意しません。

記入日： 年 月 日

説明医師 _____

患者氏名 (ご署名) _____

代理人氏名 (続柄:) (ご署名) _____