

## CT造影検査同意書

※ この同意書は検査当日に忘れずご持参下さい

検査予約日時	20 年 月 日 ( ) 時 分				
患者氏名				歳	男 / 女
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤・股関節
	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> その他【 】			

今回実施するCT検査は、ヨード造影剤という薬剤を静脈注射して検査を行います。3ヶ月以内に腎機能の評価をされていない場合、検査できませんのでご注意ください。

静脈内に入った造影剤は、通常2時間以内に約60%が尿中に排泄され、24時間後には全量が尿中に排泄されます。排泄を促進させるため、検査後は水分を多めにお取りください。尚、水分を制限されている方は、担当診療科にお問い合わせください。授乳中の方は児への影響は非常に小さいと考えられ、授乳制限は不要です。心配であれば24時間の授乳制限をされても差し支えありません。また、まれに以下の様な副作用が起こることもあります。

副作用の頻度；ショックなどの副作用はまれで、0.1%未満、2500人に1人以下程度に現れることがあります。

副作用の症状；軽度の副作用は、はきけや嘔吐、かゆみやじんま疹、くしゃみなどです。その他重大なものとして血圧低下や喘息発作、呼吸困難などがまれにみられることがあります。

極めてまれ(50万人に1名程度)ではありますが、死に至った報告もあります。

副作用の因子；アレルギー体質の方は副作用が現れるリスクが約3倍高く、中でも喘息の方は約10倍程度上昇すると言われ、喘息症状のある方には原則的に造影剤は使うことができません。

また、腎機能の悪い方はさらに悪化させることがありますので、医師にご相談ください。

副作用の時期；造影剤投与後30分以内に現れるものが多いですが、1時間以上経過してから数日まで間に現れる場合もあります。

造影検査中は、異常が現れた場合はためらわず、すぐに申し出て下さい。すみやかに造影を中止し、最善の対処をいたします。帰宅後に症状があらわれた場合には、当院までご連絡ください。

安全に検査を受けていただくために以下の問診票にもお答えください。

**禁忌項目 (【あり】にチェックがあるものは検査不可)**

- 造影剤を注射された際、じんま疹が出たり、気分が悪くなったことがある

造影歴が無い なし あり (症状:

- 重篤な甲状腺疾患がある (コントロールされていない甲状腺機能亢進症)

なし あり

- 腎機能の評価が必須です (記載がない場合は検査できません)

eGFR値 ml/min/1.73m<sup>2</sup> ( 30以下: 造影禁忌 )

測定年月日 20 年 月 日 ( 3ヶ月以内の測定値 )

- 「気管支ぜんそく」といわれたことがある

なし あり → 現在治療を 受けていない 受けている  
過去6ヶ月以内に症状 なし あり

- これまでに以下の病気をしたことがある

なし あり ( 糖尿病 心疾患 多発骨髄腫 褐色細胞腫 テタニー マクログロブリン血症 )  
糖尿病にチェックされた方で、ビッグアナイド系糖尿病薬を服用している

なし あり ※造影剤投与の前後48時間は休薬が必要です

- この他に大きな病気をしたことがある

なし あり 病名 ( )

- 現在妊娠中または授乳中である

なし あり

## &lt;説明者の署名欄&gt;

私は『CT造影検査同意書』の内容を説明し、指示医師は上記の内容で検査を行うことを承諾しました。

20 年 月 日 主治医氏名; 印

説明者;

## &lt;患者さまの署名欄&gt;

私は『CT造影検査同意書』の内容について理解し、検査を行うことについて同意します。

20 年 月 日 患者氏名;

保護者又は代理者氏名; 続柄( )

署名がない場合  
検査を受けていただけません