

# CT等ヨード系造影剤検査問診&同意書

検査当日、この用紙を持参のうえ 放射線・MR科 受付までお越しください。

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

今回、造影剤という薬を使う検査を行います。この造影剤は検査中に、血管内に注射します。この検査は、あなたの体を精密に観察するためのもので、診断の助けになると考えています。ほとんどの場合、安全な薬ですが、他の薬と同様に、まれに副作用が起こることがあります。

- ・ **軽い副作用** ... 特に治療を必要としないもので、その確率は30人に1人程度です。  
じんま疹、吐き気、血圧変動、口渇、動悸、下痢、咳、頭痛、熱感など
- ・ **重い副作用** ... 治療を必要とするもので、その確率は2,500人に1人程度です。  
意識消失、呼吸困難、けいれん、腎不全、不整脈、喘息発作、ショックなどがあります。
- ・ **死亡** ... 他の薬と同様に極めてまれですが造影剤により死亡することがあります。  
その確率は、100,000人に1人程度です。

水島協同病院 病院長殿

私は、担当医師から造影検査の目的、危険性について十分な説明を受けました。造影検査に関する説明を受け、様々な副作用が起こりうることを理解したうえで、造影検査に同意いたします。また、副作用がみられた時には必要な処置を受けることを同意いたします。記載内容に変更がない場合、本同意書の有効期限は署名日より3ヶ月とします。

患者氏名 (または代理人) (ご署名) \_\_\_\_\_ (代理人の場合患者との続柄 \_\_\_\_\_)

説明した日 \_\_\_\_\_

説明医師・担当医 \_\_\_\_\_ 同席者 \_\_\_\_\_

造影剤を使う検査をより安全に受けていただくために、次の質問にあてはまるものに、チェックマーク(✓)でお答えください。尚、不明な点はスタッフにお尋ねください。

## 患者記入欄

- 今までに造影剤を使って検査をしたことがある (何の検査でしたか \_\_\_\_\_)
- CTの造影剤(注射)を用いた検査で気分が悪くなったことがある。
- ヨード過敏症または甲状腺機能亢進症で治療を受けたことがある
- 気管支喘息がある(小児喘息は除く)
- 重篤な心障害、肝障害、腎障害、血液の病気がある(どのような病気ですか \_\_\_\_\_)
- じんま疹などのアレルギー体質、薬のアレルギー症状があったことがある。
- 妊娠あるいは妊娠している可能

## 医師記入欄

- ビグアナイド系糖尿病薬(メトホルミン等)を使用している。
- 透析導入している。
- eGFRが30以上である。(  当日採血  測定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ )