

造影CT検査同意書

造影ＣＴ検査は、ＣＴ撮影の際に造影剤を注射する検査です。これにより身体の中をより鮮明に写し出し、詳しい情報を得ることができます。しかし、造影剤使用時に、吐き気や蕁麻疹（じんましん）などのアレルギー症状が見られ、腎機能が悪化することがあります。また、極まれにショックといった重篤な副作用も報告されています。そのため、造影ＣＴ検査の必要性和危険性をよくご理解いただいた上で、下記の質問にご回答いただき、ご署名をお願いします。

なお、検査後は造影剤を尿と一緒に体の外へ出すために、いつもより多めに水分を摂ってください（医師より水分制限を受けている方はお申し出下さい）。また、検査終了後1時間から数日後にも発疹、吐き気などの症状がみられる場合もあります（遅発性副作用）。もしこのような症状が見られた際は、当院にご連絡下さい。

質問

1. あなたは今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？
- ある ない わからない
2. あると答えた方で、その時に何らかの副作用（気になる症状）がありましたか？
- ある（症状 ） ない
3. 今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？
- ある（ ） ない
4. 今までに次の病気にかかったことがありますか？
- ある（時期 ） ない
- 糖尿病 前立腺肥大 心臓病 高血圧 腎不全 緑内障 喘息
5. 女性： 妊娠中 授乳中

私は、造影剤に関して、その必要性和内容及び副作用の可能性について説明を受け理解しましたので、造影剤を使用することに同意します。また、緊急時には医師の判断のもと、必要な全ての処置を受けることに同意します。

西曆 年 月 日

患者氏名 _____ 印 _____

家族氏名 印 患者との続柄 ()

医療法人 たま日吉台病院 担当医師