造影ＣＴ検査同意書

.

造影ＣＴスキャンの検査とは、ＣＴスキャンの際に造影剤を注射する検査です。これは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る検査です。しかし、造影剤の使用時に、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不全の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。
造影ＣＴスキャンの必要性と危険性をよくご理解いただいた上で、安全に検査を行いたいと思います。そのため、下記の質問にご記入した上で署名をいただきます。
　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取ってください。（尚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、吐き気等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の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が（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

以上、検査の必要性と内容及び合併症について十分理解し、緊急時に際しても医師の判断で行われ、必要な全ての処置を受けることを同意します。

平成　　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