

(当日持参用)

CT 造影検査についての説明書・同意書

あなたの現在の症状に対する原因を調べるために CT 造影検査を行います。

その際に造影剤（ヨード系造影剤）を静脈内に投与します。造影剤を用いることにより病気を明瞭に描出できる利点があります。

造影剤は安全で広く用いられている検査薬ですが、副作用がおきることがあります。

副作用には注射直後から 1 時間以内に発生する即時性副作用と、1 時間～7 日程度に発生する遅発性副作用があります。

ヨード系造影剤の即時性副作用の程度、種類、頻度

副作用の程度	副作用の種類	副作用の頻度
軽 度	悪心・嘔吐・熱感・かゆみ・蕁麻疹・くしゃみ など	3～4%（100 人に 3 人程度）
中等度	頻回嘔吐・全身性蕁麻疹・顔面浮腫 など	0.27%（370 人に 1 人程度）
重篤以上	呼吸困難・急激な血圧低下・意識消失 など	0.04%（2500 人に 1 人程度）

ヨード系造影剤の遅発性副作用の発生頻度は 3～8%で、そのほとんどは軽度の症状とされています。

即時性副作用が発生した場合には医師、診療放射線技師、看護師が即時対応し必要に応じて処置・治療を行います。

遅発性副作用（発疹、かゆみ、蕁麻疹など）が発生した場合には病院代表（048-737-2121）まで連絡してください。

<造影剤に対する副作用の予知について>

初めて造影剤検査を受けられる方、または今まで造影剤を使用して副作用のない方が、今回の造影検査で副作用を起こすかどうかをあらかじめ調べる方法は現在のところありません。

私たちは以上の事項について、わかりやすく十分に説明いたしました。

納得された方は、**同意書にご署名のうえ、検査当日に放射線科受付にご提出ください。**

同意書をご提出いただけない場合は、やむを得ず造影剤を用いない検査に変更あるいは中止とさせていただきます。

造影剤使用検査（CT 造影検査）同意書

年 月 日

医療法人 秀和会 秀和総合病院 院長殿

私は指示医師から造影剤使用について十分な説明を受け、CT 造影検査について理解しましたので、検査の実施を承諾します。

緊急の処置を行う必要が生じた場合には適宜処置されることについても承諾いたします。

※ご本人が署名できない場合には、ご親族または代理の方が署名してください。

患者氏名（署名）

保証人・保護者の氏名 患者との続柄（ ）

依頼施設名

説明医師名