

# CT造影検査同意書

※検査当日、受付時にご提出ください。

※当日は予約時間 30分前にはご来院ください。

## ●ご確認をお願いいたします

※ペースメーカー装着の患者様は、問診時に必ずペースメーカー手帳をご提出ください。

※糖尿病薬(ビグアナイド系)を服用されている患者様は、主治医にご相談ください。

### 1. CT検査と造影剤

CT検査で使用するのはヨード造影剤と呼ばれるものです(既往症等によっては造影剤を使用できない場合があります)。造影剤は通常その日のうちに腎臓で処理され、尿中へ排出されます。検査後は水分を多めに摂取するよう心がけて下さい。

### 2. 造影剤の副作用

副作用の症状には次のようなものがあります。

◎軽い副作用:かゆみ、発赤、吐き気、くしゃみ、頭痛など。基本的に治療は不要です。

※発生頻度:約0.4%以下

◎重い副作用:けいれん、呼吸困難、意識消失、血圧低下など。原則的に治療が必要です。

※発生頻度:0.0002~0.0005%。病状・体質によっては0.0001%(100万人に1人)死亡する場合があります。

◎検査数日後にも、吐き気、発疹等の遅発性副作用が現れることがあります。

### 3. 造影剤の注射方法

造影剤は、機械を使って自動的に注入します。静脈には個人差があり、造影剤が血管外に漏れる場合があります。

※発生頻度:約0.3~0.9%

造影剤は、時間とともに吸収されますが、漏れた量が多い場合には追加処置が必要となる場合があります。

説明日:           年       月       日

説明医師:

#### 同意書

私は造影剤に関してその必要性和副作用について説明を受け理解しました。造影剤検査を受けることに同意します。また、万一、副作用が現れた場合には、必要な処置を受けることを承諾します。

さくらがわ地域医療センター 病院長 殿

平成       年       月       日

患者氏名

代理人の場合

※当院の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。



さくらがわ地域医療センター

- SAKURAGAWA REGIONAL MEDICAL CENTER -

TEL: 0296-48-9151 (放射線科)