

【造影CT検査についての説明および同意書】

カルテNo : _____ 患者氏名 : _____ 様

今回患者様は造影剤という薬を静脈に注射しながら行うCT検査(造影CT検査)を受けていただきます。CT検査とはX線を用いて外から見えない体内の臓器を撮影し、病変を検出する検査です。造影剤を使用することによって造影剤を使わないCT検査に比べて、より多くの、より質の高い情報を得ることができます。造影剤は安全な薬ですがまれに副作用を起すことがあります。

主な副作用は下記のようなものです。

即時型 (注射直後から数分以内に生ずる副作用)

ほとんどは気分が悪くなったり、嘔吐、かゆみ、ジンマシン、咳など軽いものです。しかし、まれに冷や汗が出たり、胸が苦しくなったりすることがあります。ごくまれ(10万人に6人)にショックも報告されています。

遅発型 (数時間から10日後に生ずるまれな副作用)

頭痛、胸痛、背部痛、吐き気、発疹、発熱などです。

今までに、ヨード造影術などでアレルギーがある方、甲状腺の病気のある方、腎臓が悪いと言われたことがある方、ぜん息と言われたことがある方及び検査に不安がある方は早めに申し出て下さい。

検査中に万が一副作用が起きた場合は、医師が常に待機していて即座に対応しますので、安心して検査を受けてください。また、検査終了後から帰宅された後、上記の症状や違和感を感じられましたら遠慮なくご連絡ください。その際、いつ検査されたかを忘れずにお話ください。

以上のことをご理解の上、下記にご署名ください。

説明日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明担当医 : _____ (印)

福岡ハートネット病院 院長殿

私は造影CT検査について説明を受け、質問する機会を得ました。内容を十分理解した上で検査を受けることに同意します。

同意日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者署名 : _____
親族または
代理者署名 : _____
続 柄 : (_____)



福岡ハートネット病院
FUKUOKA HEARTNET HOSPITAL

TEL 092-881-0536