

見本に沿って記入をお願いします

説明書 兼 同意書 (CT造影検査)

紹介元医療機関名：

検査依頼元の医療機関名を記入下さい

<〇〇撮影時の造影剤

静脈内注射のインフォームドコンセント>

検査の目的：体内の病気の状態を正確に把握し、治療方針を決定するためです。

検査の方法：腕（肘や手の甲）の静脈に針を刺し、100～200ml の造影剤を注入し、CT・DIP撮影を行います。

腕に静脈が見えない場合は足や首の静脈から針を刺す場合もあります。

検査の準備：午前中検査の方は朝食を、午後検査の方は昼食を抜いてください。水分は十分に摂ってください。

検査前日の暴飲暴食は副作用のリスクを増大させますので慎んでください。

検査の30分前には水を200ml飲んで下さい。ただし飲水制限をされている場合には無理に従わなくても結構です。

金属を含んだ服・下着・アクセサリは撮影の支障になりますのでなるべく身につけないでください。

造影剤には以下に述べる様々な副作用があります。にもかかわらず、造影剤を使用するのは病気の状態を知る事が重要だからです。副作用が出現したときには誠意をもって対処させていただきます。

1) 造影剤注入時の熱感・嘔吐：

造影剤の注入中に胸やお腹が熱く感じることがあります。一時的な現象ですので検査中に生じても驚かないで冷静に検査の指示に従ってください。嘔吐した場合、胃の中の食べ物が肺に吸い込まれると肺炎を起こすことがあるので固形物は検査前には取らないでください。

2) かゆみ・蕁麻疹：

注入直後から生じたり、数日後に生じることもあります。全体の3～5%ぐらいの確率です。直後に生じた場合、1～2時間ほど経過を見たり、治療を行うこともあります。数日後に生じた場合は、かゆみのみなら受診の必要はありませんが蕁麻疹（赤く膨らんだ皮膚症状）の場合は受診をお勧めします。

3) 造影剤の漏れ：

万全の注意をはらって注射しますが、造影剤が静脈から皮下に漏れてしまうことがあります。針を刺しなおしての検査のやり直しが必要になることがあります。漏れた造影剤は吸収され尿から排泄されますが、漏れた場所のかゆみ・むくみがしばらく残ることがあります。稀ですが、皮膚反応が強く出た場合は皮膚の切開・移植が必要になることもあります。

4) 重大な副作用：

血圧低下・意識障害・不整脈・腎不全・けいれんなどの重大な副作用が2,000人に1人以下の確率ですが起こります。重大な後遺症を残すこともあります。

5) 死亡：10万人に1人の確率で死亡する場合があります。

6) 安全上問題がある場合には、その場の判断で造影剤の使用を中止したり、検査を延期したりすることがあります。

以下の場合、副作用のリスクが増大しますので主治医に申し出てください。

1) 以前に静脈に造影剤を注入し、副作用が出たことがある。

2) 喘息・アトピー等のアレルギー体質がある。

また、セカンド・オピニオン（他医療機関の医師の意見）を受けた

説明した日時を記入して下さい

西暦 年 月 日

検査依頼元の医療機関の医師が検査依頼前に患者さんに説明いただき、医師署名or医師名の印鑑と押印をお願いします

医師：

同席者：

・ なし

日立総合病院 院長 殿

検査に同意いただけたらに
レ点チェックをお願いします

説明の際、検査依頼元医療機関側で医師以外に同席者が
必要な事例でなければここはなしにチェック

私は上記説明内容について

分かりました。その上で納得して同意します。また、実施中において緊急の場合または医学上の理由で、実施内容の変更や臨時の処置を必要とする場合には、その必要な処置を受けることにも同意します。

理解できましたが、同意しません。

患者が自筆署名できる場合は、日時と患者署名欄と同席者がいれば同席者欄の記入でOK

西暦 年 月 日 午前・午後 時

患者署名：

同席者：

・ なし

代諾者署名：

〔続 柄：

（配偶者・親権者・その他親族）〕

代諾者住所：

電話番号：

患者が署名できない場合は、患者署名欄は記入せず、代諾者署名、続柄、住所、電話番号を記入して下さい