

CT造影剤説明書 兼 同意書

ID

氏名

殿 医師

検査で詳しい画像情報を得るために、造影剤を使用して検査を行います。
造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬剤同様一定の頻度で、副作用が生じることがあります。
次に書かれていることをお読みの上、検査に同意していただけるようであれば、下記 同意書欄に
自筆で署名し、検査当日までに職員にお渡し下さい。

- 1、軽い副作用 : かゆみ 発疹 発赤 悪心 嘔気
これらの副作用は、1%前後の頻度で起こりますが、特に治療せず、検査当日でほぼ収まります。
- 2、重篤な副作用: 息苦しさ 嘔声 血圧低下(ショック) 意識消失 腎不全
これらの副作用は、0.03%とわずかですが、入院のうえ治療が必要です。
他の多くの薬剤と同様に0.00025%の頻度で、死亡例の報告もあります。
- 3、遅発性副作用: 頭痛 嘔気 かゆみ 発疹 咳 冷や汗 動悸
これらの副作用は、検査後数時間から数日後に発生することがあります。

アレルギー体質の方、喘息の方は副作用の出現率が高くなる傾向にあります。
腎臓の悪い方、甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニ
ー、褐色細胞腫の方は病状が悪化するおそれがあります、問診票に記入の上、主治医に申し
出て下さい。

※ 問診の内容により検査を中止する場合がありますがご了承下さい。

併用薬剤について

ビグアナイド系経口糖尿薬を飲んでいる方は乳酸アシドーシス(血液に異常)を来す
可能性があります。

★主治医の判断の下、造影検査の前後48時間の休薬をお願いします。

★検査日の前々日(/) ~ 翌々日(/)の計5日間の休薬をお願いします。

※中止されていない場合は、検査を中止させていただくことがあります。

★造影検査では絶食が必要です。検査予約時間の4時間前から絶食。

★脱水予防のため、180mlまでの飲水は検査直前まで可能です。

★予約票の造影剤使用の検査についてもお読み下さい。

造影剤の検査の必要性、危険性(副作用)をよく理解していただき別紙の問診票に記入し
下記の同意書に自筆で署名して下さい。 内容に不明な点があればご質問下さい。

同意書

CT造影検査を依頼するにあたり、その必要性及び発現する可能性のある副作用、状況による方法の
変更などについて説明を聞き十分に納得、了承しましたので、実施していただく事ことを同意します。

同意日 年 月 日

本人 または 代理人署名