

## CT造影検査の説明及び同意書

当院では、患者さんの権利を守り信頼される医療を行う為、担当医師から検査、処置、手術等の内容について十分な説明を行い、患者さんの同意を得た上で医療を行うこととしております。

- ・ 患者さんへの医療にあたっては、ご家族の方も十分に理解されていることが、望ましい為、ご家族の署名もお願いしております。但し、患者さんご本人の了承が得られない場合は、この限りではありません。
- ・ 患者さんご本人からの了承を得る事が困難であるときは、ご家族の了承をもって、これに代えさせていただきます。(ご家族の範囲は、現実に患者さんのお世話をされている親族及びこれに準ずる者を含みます。)
- ・ 同意されない場合、または、実施直前までに下記同意内容を変更された場合でも、以後の診療において不利益を受けることはありません。

① 病名・病状 : \_\_\_\_\_

② 治療法(術式) : CT検査(ヨード系造影剤使用)

③ 麻酔 : 無

④ 予定日所要時間 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分 ~ (約 \_\_\_\_\_分)

⑤必要性及び目的、⑥方法及び特徴、⑦危険性及び緊急処置時の対応、⑧合併症及び予後、⑨可能な別の方法とその予後、⑩その他特記事項の説明 については、下記の説明書を使用しました。

CT造影検査の説明及び同意書(2/3、3/3)を使用しました。

その他説明書 [ \_\_\_\_\_ ] を使用しました。

私は、今回の医療行為について、上記のとおり説明致しました。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分 [説明場所: \_\_\_\_\_]

\_\_\_\_\_ (説明医師署名) \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ (立会者署名)

私は、上記事項について、上記の者より十分な説明を受けると共に、質問する機会を得ました。その結果、今回の医療を受けることについて、次のとおりとします。

[下記項目で該当するチェックボックス  にチェック  をお願いします]

- この説明により、予定されている上記事項及び関連する事項について、理解できましたので、上記事項に必要な医療措置が行われることに同意します。
- 今回、上記事項についての医療措置を受けることについては同意しません。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分 [署名場所: \_\_\_\_\_]

小川赤十字病院 院長 あて

(患者本人署名) \_\_\_\_\_

(家族等署名) \_\_\_\_\_ [患者との続柄: \_\_\_\_\_]

## 造影CT検査・造影剤について

### ●造影剤について、造影検査の必要性について

造影剤とは、血管内に注射して、血管やいろいろな臓器を見やすくする薬です。腫瘍などの病変には造影剤が集まって分かりやすくなるものもあり、集まりの程度により病気の種類が判定できるものもあります。造影剤はヨードを含んでいますが、健康な方では注射してから半日～1日程度でほぼ全量が腎臓から尿中に排泄されます。水分の制限がなければ、検査後は水分を多めに摂って、尿の量を増やすようにして下さい。

### ●造影剤の注入法

CT検査は、注入器を用いて腕の静脈から注入します。

検査目的によっては消化管や血管を見やすくするためのお薬を併用する場合があります。

### ●造影剤の副作用について

造影剤もお薬なので人により体に合わないことがあります。これまでに、造影剤を使用することが危険である場合がいくつか判明しており、該当する場合は原則として造影剤を使用せずに検査を行います。残念ながら、こうした副作用の発生を事前に知ることはできません。また前回の検査では異常がなくても、今回

- ・ 軽い症状(頻度は3～5%以下) : はきけ、動悸、頭痛、かゆみ、発疹、せきなど
- ・ 重い症状(頻度は0.04%) : 呼吸困難、血圧低下、意識障害など
- ・ 極めて重篤な症状(頻度は0.004%) : 入院が必要となる副作用
- ・ 当院ではありませんが、ごくまれに重篤なショックにより死亡という報告もあります(20万例～40万例に1例)
- ・ 遅発性型副作用:検査終了後1時間～数日後に蕁麻疹、痒み、吐き気、頭痛などの症状が現れること

### ●以下の疾患の方は原則造影剤を使用できません

- ・ 造影剤やヨードアレルギーがある場合
- ・ 腎機能障害
- ・ 喘息
- ・ 甲状腺機能亢進症
- ・ 多発性骨髄腫
- ・ 褐色細胞腫又はその疑い
- ・ 原発性マクログロブリン
- ・ 重篤な心疾患や肝疾患
- ・ 血症全身状態が極度に悪い
- ・ テタニー(低カルシウム血症)
- ・ 糖尿病治療中の方で、特定の薬(ビグアナイド系糖尿病治療薬)などを服用されている方

上記に該当する方であっても、診断や治療の為、どうしても造影検査が必要である場合は、主治医から造影剤検査の必要性を十分に説明を受け、副作用についてよくご理解いただき、造影検査の同意を得た上で、必要な準備を行い検査する場合があります。

### ●造影検査に伴う合併症について

造影剤を注射するときに体が熱くなることがあります(すぐに治まります)。

頭痛を伴う場合があります。

勢いよく造影剤を注入するため、まれに血管外に造影剤が漏れることがあります。

### ●緊急時の対応について

当院では検査中、患者様の様子をよく確認しており、上記の副作用や合併症が生じた場合、適宜対応致します。

副作用の症状が出た場合は小川赤十字病院までご連絡下さい。

小川赤十字病院 電話:0493-72-2333

## CT造影検査問診票

当院ではスタッフが検査内容と問診票の項目を確認した上で、検査を開始します。わかる範囲で結構ですので、該当する項目に【○】を付けて下さい。

	質問	回答欄
1	造影剤の注射を行う検査を受けたことがありますか？	はい / いいえ
2	造影検査を受けた施設は当院ですか？	当院 / 他院
3	質問1で「はい」と回答した方	特になし / 吐き気 / かゆみ / 発疹 呼吸困難 / その他( )
4	造影検査によって次のような症状が出たことがありますか？	
5	症状が出た際に受けた造影検査はどれですか？	CT / MRI / 血管撮影 その他( )
6	ご家族が造影検査によって次のような症状が出たことがありますか？	特になし / 吐き気 / かゆみ / 発疹 呼吸困難 / その他( )
7	右記の医薬品は処方されていますか？ 処方されている医薬品に【○】を付けて下さい <u>※右記の薬を処方されている場合は、検査前2日間、検査当日、検査後2日間の計5日間は服用を中止して下さい</u>	<input type="checkbox"/> 喘息(喘息っぽい、風邪時は除きます) <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 原発性マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 腎機能障害(腎不全・透析中の方含む)
7	糖尿病の方のみ	<input type="checkbox"/> メグルロ <input type="checkbox"/> メホルミン <input type="checkbox"/> エクメット <input type="checkbox"/> メルピン <input type="checkbox"/> グリコラン <input type="checkbox"/> メデット <input type="checkbox"/> ネルピス <input type="checkbox"/> メリオン <input type="checkbox"/> プロホルミン <input type="checkbox"/> ジベトス <input type="checkbox"/> ジベトン <input type="checkbox"/> メタクト <input type="checkbox"/> イニシンク

※喘息・甲状腺疾患・糖尿病でお薬を服用中の方は、なるべくお薬手帳をご持参下さい

-----以下病院使用欄(患者さんは記入の必要はありません)-----

**CTミオコールスプレー使用時 病院確認チェック欄**

※以下の既往等がないことを確認すること

緑内障	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
重度の低血圧	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
重度の貧血	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
重度の心臓病	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
脳出血	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
ニトロペン過敏症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
バイアグラ投与	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

} 1つでも「有」の場合は、ミオコールは使用しない

放射線科確認