

造影CT検査の説明と同意書

検査予定： 年 月 日 時 分

患者氏名： 様

FAXの際、検査予約日が決まっている場合は記入をお願いします。

今回実施するCT検査は、造影剤という薬剤の注射をして

<造影剤の危険性について>

造影剤を入れ始めると体が熱くなることがあります

造影剤の使用により副作用が出現することがあります

(軽度) 吐き気、蕁麻疹、発疹など 100人に5人程度

(重度) 血圧低下、息苦しさ、意識不明 2.5万人に1人程度

非常に低い確率で死亡に至った例もあります 40万人に1人程度

造影剤が血管外に漏れ、注射部位が腫れて痛みを伴うことがあります

ビグアイド系の糖尿病薬を内服している方は検査時に休薬が必要となります

<造影CT検査同意書>

私は造影CT検査を必ず記入をお願いします。の注意事項について説明を受け納得しましたので造影CT検査をここに同意します。

患者本人の署名をお願いします。

承諾日： 年 月 日

患者氏名 (署名)

親族氏名(続柄) (署名)

未成年又は患者が署名困難な場合には代理人にて署名をお願いします。

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

連携医療機関様の病院名・担当医師の氏名をご記入をお願いします。

確認日： 年 月 日

(医療機関)

(医師名)

印

造影CT検査の説明と同意書 〈患者控え〉

検査予定： 年 月 日 時 分

患者氏名： 様

患者様に説明の際、検査日程が決まっていれば記入をお願いします。

今回実施するCT検査は、造影剤という薬剤の注射をして行います

〈造影剤の危険性について〉

造影剤を入れ始めると体が熱くなることがあります

造影剤の使用により副作用が出現することがあります

(軽度) 吐き気、蕁麻疹、発疹など 100人に5人程度

(重度) 血圧低下、息苦しさ、意識不明 2.5万人に1人程度

非常に低い確率で死亡に至った例もあります 40万人に1人程度

造影剤が血管外に漏れ、注射部位が腫れて痛みを伴うことがあります

ビグアナイド系の糖尿病薬を内服している方は検査時に休薬が必要となります

〈造影CT検査同意書〉

私は造影CT検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け納得しましたので造影CT検査を受けることに同意します。

【お知らせ】

同意の意思、日付、場所、署名が記載された原本は、松山赤十字病院にて保管いたします。当説明書兼同意書は、患者控えとなります。

原本(写)が必要な際は、病院職員までお声がけください。

同意しました。

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

連携医療機関様の病院名・担当医師の氏名をご記入をお願いします。

確認日： 年 月 日

(医療機関)

(医師名)

④

FAXの際、検査予約日が決まっている場合は記入をお願いします。

造影CT検査の問診票

FAX時に体重の記入をお願いします。

ID		最新の体重
氏名		kg
検査予定	年 月 日 時 分	

問診票運用の注意事項

問診日より3か月が過ぎた場合、当日に変更が無いかを確認し、確認欄に日付と確認者名を記入してください

検査当日確認 ()

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。ご不明な点は、医

当院で確認をした場合に記入します。

- 今まで、造影剤を用いて検査を受けた事がありますか いいえ はい
- はいと答えた方、その時、副作用はありましたか いいえ はい
はいと答えた方、どんな副作用でしたか： 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛 その他()
- 今までに喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか 無 有
- 糖尿病薬を内服していますか 無 有
- 今までに甲状腺機能亢進症（バセドウ病など）で治療を受けましたか 無 有
- アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか 無 有
- 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか 無 有
- 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか 無 有
- 体内に植え込み型除細動器等ありますか 無 有
- インスリンポンプ、持続グルコース測定器等使用していますか 無 有

患者または家族代理人の自署にて記入をお願いします。

記入日： 年 月 日

患者または家族代理人の署名

(続柄：)

- ・ビッグアナイド系糖尿病薬の内服 無 有
- ・予防措置をしておの造影CT検査を行う 有 措置内容 ()
- ・上記2～9の問診において「有」にチェックがある場合で、造影検査を行う場合、必ず注意事項と検査の必要性を説明したうえで () 内にOKと記載してください ()

前投薬、輸液負荷等の予防措置を行う場合は「有」にチェックして措置内容をご記入ください。

問診に有りのチェックがある場合OKの記載がない場合は検査できませんご注意ください。

確認日： 年 月 日

(医療機関)

(医師名)

印

連携医療機関様の病院名・担当医師の氏名をご記入・確認印をお願いします。