

⑤

造影CT検査説明・同意書

(本書は、申込時に検査依頼書と一緒にFAXいただき、検査当日はこの用紙を必ず持参して下さい)

あなたの病気の状態をより詳しく診断するために、「造影剤」という注射薬を使ったX線検査が必要です。この造影剤に対し、一部の人に下記のような副作用が起こることがあります。

- 軽い副作用 (頻度は **100 人に 3-5 人**程度) : 吐き気・嘔吐・かゆみ・くしゃみ・発疹 等
→ 治療を要さないか、1-2 回の投薬や注射で回復します。
- 重い副作用 (頻度は **2500 人に 1 人**程度) : 呼吸困難・意識障害・血圧低下 等
→ 入院のうえ治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。
- さらに重い副作用 (頻度は **17 万人に 1 人**程度) :
→ 重篤な場合は、生命に関わる場合もあります。

アレルギー体質等により副作用の頻度が高くなることが知られていますが、副作用が起こるかどうかを予知する方法は現在のところありません。

副作用は投与直後に起こることが多く、検査中は副作用に対し適切な処置が講じられるように万全の準備を整えています。まれに検査終了後数時間から数日して副作用が現れることがあります。遅く出る副作用はかゆみ・発疹等の皮膚症状が主で、治療が必要なことは少ないとされています。

また、造影剤の注射時に薬が漏れて腕が腫れたり疼痛を生じることがあります。

このように副作用の可能性は 0%ではありませんが、造影剤を使った検査をお勧めするのは、あなたの病気を正確に診断し、最良の治療方針をたてるために必要だからです。

説明医師氏名 (署名) : _____

同意書

八尾市立病院 病院長

令和 年 月 日

私は、造影検査の必要性・危険性について、医師の説明に納得し、造影CT検査を受けることに同意します。

問診医師 : (署名) _____

患者氏名 : (署名) _____

代理人※ : (署名) _____ (続柄)

※患者さんご本人が自署できない場合

八尾市立病院