

オープン検査用 説明・同意書 (造影検査(CT,DIP,DIC))

I D

氏名

検査日 令和 年 月 日 (時 分)

造影検査を受けられる方への注意

- ◆気管支喘息で治療中の方
- ◆CT造影剤アレルギー、ヨードアレルギーの方
- ◆腎機能の悪い方

は基本的に造影検査を受けられません

- ビグアナイド系糖尿病治療薬服用中の方は、主治医の先生の指示に従って服用を(検査当日朝から)中止下さい
- 検査前、水分の摂取は牛乳などの乳製品を除き、制限はありません。
- 検査後に、じんま疹、嘔気・嘔吐、ふらつきなどの症状があった場合や自宅等で異常に気付いた場合は、かかりつけの医院ないしは当院までご連絡ください。

(Tel.054-253-3125 地方独立行政法人 静岡市立静岡病院)

造影剤とは

- ヨードを主成分とする透明な液体。
- 体の構造や病変の広がり・性状を詳しく調べるために使用。
- 腕の静脈から注射、尿中に排出される。
- 注射の際に、一時的に体が熱くなりますが、心配ありません。
- 安全に使用できる薬剤ですが、まれに副作用があります。

造影剤による副作用などについて

- 軽度の副作用(発現率約3%)：吐き気、嘔吐、蕁麻疹、かゆみなど。
- 重篤な副作用(発現率約 0.04%)：ショック、肺水腫、痙攣など。
- きわめてまれに、激しいアレルギーで生命に危険が及ぶこともあります。
- 副作用の多くは検査中あるいは直後に発生。
- まれに検査終了後、数時間から10日くらいの間、倦怠感、頭痛、じんま疹などが現れることもあります。かかりつけ医あるいは当院までご連絡下さい。
- その他：注射時の神経損傷、造影剤の血管外への漏れなど。
- 授乳中の方は、検査後24時間授乳を中止してください。

※CT検査室では、万一の副作用に対して、迅速、最善の処置をおこないます。

次ページへ

地方独立行政法人 静岡市立静岡病院

Ver. 20161005 500000001

オープン検査用

説明・同意書
(造影検査(CT,DIP,DIC))

I D _____

検査日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

(_____ 時 _____ 分)

問診票

- ・今までにヨード造影剤を用いた検査を受けたことがある。 はい いいえ
- ・ヨード造影剤を用いた検査で副作用があった。
(症状 : _____) はい いいえ
- ・ヨードアレルギーがある。 はい いいえ
- ・喘息と診断されたことがある。 はい いいえ
- ・お薬や食事等のアレルギーがある。
(原因 : _____) はい いいえ
- ・妊娠の可能性がある。 はい いいえ

医師記入欄

(1) 体重 _____ kg

(2) ビグアナイド系糖尿病薬を内服の有無 有 無

(3) 腎機能 _____ 月 _____ 日 のクレアチニン値 _____ mg/dl

上記、問診内容を確認の上、造影検査が必要と判断しました。

説明日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設 _____ 医師 _____

担当医師より、造影検査(CT, DIP, DIC)の説明を受け、
この処置を受けることに同意しました。

同意年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 住所 _____
氏名 _____

(代理人氏名 : _____ 本人との続柄 : _____)