

造影 CT 検査のご案内

氏名 様

検査日 平成 年 月 日
検査時刻 時 分

- ・症状を正確に診断するために造影剤を使用した CT 検査が必要です。
- ・担当医から説明をお聞きいただき、造影剤使用に同意される場合は別紙「造影 CT 検査問診票・同意書」の問診にお答えいただき、同意書へのご署名をお願いします。
- ・同意書にご署名いただいた後に同意を撤回されても構いません。

1. 造影剤使用の目的

- ・造影剤使用の主な目的は「病変を明確に描出する事」と「病変の性質を抽出する事」の二つです。
- ・造影剤を使用しない CT 検査では不明瞭であった病変が、明瞭・正確に診断される事も少なくありません。

2. 造影剤の副作用

- ・造影剤投与直後あるいは数日～数週間後に、かゆみ、蕁麻疹、嘔気、嘔吐などの軽症の副作用症状が現れる場合があります。
- ・極めて稀に、アナフィラキシーショック、けいれんなどの重症の副作用症状が現れる場合があります。
- ・過去に造影剤副作用の経験がない方でも、今回の検査で副作用が現れる可能性があります。
- ・アレルギー体質の方では副作用発現率はやや高くなります。

3. 副作用が起こった場合

- ・検査中に副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。
- ・検査終了後に症状が現れた場合には、下記までご連絡ください。

* 稀に注射による神経損傷や造影剤を機械で注入するため一部血管外に漏れることがあります。ほとんどの場合は心配ありませんが、造影剤のもれた量が多い場合には処置が必要になることがあります。

* これらの症状が起きて診察を要した場合にかかる医療費は原則、通常の保険診療扱いとなりますのでご了承下さい。

診療時間内(平日 8:30~17:15)

熊本総合病院 画像診断治療センター ☎0965-32-7111 (内線 250)

診療時間外および休日

熊本総合病院 救急救命センター ☎0965-32-7111 (内線 270)

CT 検査問診票・同意書

氏名

様

検査日 平成 年 月 日
検査時刻 時 分

造影 CT 検査問診票

これまでに CT 用造影剤での副作用経験はありますか.....いいえ はい
アレルギー性の病気あるいはアレルギー体質ですか.....いいえ はい
 気管支ぜんそく 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
 薬物アレルギー 食物アレルギー その他 ()
ご家族に、アレルギー性の病気あるいはアレルギー体質の方がいますか.....いいえ はい
腎臓に病気がありますか.....いいえ はい
(糖尿病の方のみ)以下の薬を服用中ですか.....いいえ はい
メトグルコ メトホルミン メタクト ジベトス ジベトン S
メデット グリコラン メルビン ネルビス メトリオン
(女性のみ)妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか.....いいえ はい
(女性のみ)現在、授乳中ですか.....いいえ はい
現在の体重: _____ kg

造影 CT 検査同意書

平成 年 月 日

CT 造影剤検査説明書をもとに下記について説明いたしました。

1. 造影剤使用目的について
2. 造影剤の副作用について
3. 副作用が起こった場合の対応について

説明者 _____

平成 年 月 日

熊本総合病院長殿

上記の説明内容を承諾し、造影 CT 検査を受けることに同意します。

本人署名 _____

代理人署名 _____ 続柄()

* 同意書にご署名いただいた後に、同意を撤回されても構いません。