

CT造影剤検査の説明と同意書(病診連携用)

検査日：令和 年 月 日

造影検査とは

画像診断において、病変の発見やその詳細を知る為に、上肢の静脈から点滴を取り、造影剤を血管内に投与して行う検査です。造影剤は、腎臓の機能が正常であれば、注射後24時間以内に90%以上が腎臓から尿として排泄され、やがて全てが体外に排泄されます。また、腎機能低下の方は、急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあります。

造影剤の副作用

造影剤を注射するとごくまれですが、副作用が生じます。造影剤の副作用には検査中や直後に見られるものと、検査終了後数時間から数日後におきるものとあります。副作用が生じる可能性は、造影検査の副作用の既往がある方は約5倍、アレルギー体質の方は約1.8倍、喘息の方は約10倍多いとされています。

- 軽い副作用：100人に3人程度の頻度で吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、気分不快、ほっしん等軽度の症状があります。
- 重い副作用：約2.5万人に1人程度の頻度で呼吸困難、嘔声、意識障害、血圧低下、腎不全等の重い症状があります。
- 症状や体質によっては、約40万人に1人の割合で死亡例があるとされています。

合併症

針を刺すことによって、同部の痛みやしびれが検査後も持続することがあります。(頻度は軽症を含めると6000人に1人とされています。)
また、ごくまれですが造影剤が血管外に漏れ、腫れや皮下出血を起こすことがあります。

造影剤を使用しない場合の不利益

病変の発見が遅れることや、病変の詳細が判断出来ない場合もあります。

現在のところ、副作用の発生を正確に予知する手段がありませんが、万が一、副作用や合併症が起きても適切な処置を行えるよう万全の体制を整えていますのでご安心下さい。また、造影剤を使用したくないという場合はご遠慮なく申し出て下さい。

*裏側に【問診表】がありますので、必ずお読みになり、記入して下さい。

紹介元医療機関名 _____ 医師名 _____

*以上について同意されれば、下の同意書に署名のうえ検査当日にお持ち下さい。

CT造影剤使用の同意書

医療法人ヘブロン会 大宮中央総合病院院長殿

私は造影検査の目的や方法、危険性について記載事項を読み、また主治医よりの説明を受け理解したので、造影検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

ご本人(または代理人)の署名 _____

CT造影検査に関する問診表

1. これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか。
□なし □あり：CT MRI 胆道造影 尿路造影 その他 ()
→「あり」の場合(そのとき「帰宅後も含めて」副作用がありましたか)
□なし □あり：吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・胸痛・血圧低下
その他 ()
 2. 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患で治療を受けたことがありますか。あれば具体的にお書き下さい。
□なし □あり(具体的に：)
 3. 患者様ご本人にアレルギー性の病気や体質がありますか。
□なし □あり：気管支喘息・蕁麻疹・アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー
 4. 患者様以外のご親族、ご家族などの血縁者にアレルギー性の病気や体質がありますか。
□なし □あり：続柄と内容 ()
 5. 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことはありませんか。
□なし □あり：薬品名 ()
 6. 腎臓の病気あるいは機能が悪いと言われたことはありませんか。
□なし □あり：内容 ()
 7. 経口糖尿病薬を服用していますか。
□なし □あり：薬品名 ()
 8. 心臓の薬を服用していますか。
□なし □あり：薬品名 ()
- * □ありに☑チェックがある場合、造影検査が受けられない事があります。

依頼医師チェックをお願い致します

※循環器薬としてβブロッカーを服用している

□いいえ

□はい

※最近の血清クレアチニン値を記入して下さい

_____ mg/dl ・ 不明