

ID:

患者氏名: _____

病院保存用

X線CT検査の造影について

あなたが検査を受けられる予定のX線CT検査では「非イオン性造影剤」という検査薬を使用する可能性があります。検査薬は静脈から体内に注入します。この検査薬を用いることによって血管がよく描出されたり、検査薬によって造影される(白くなる)部位と造影されない(白くならない)部位が区別されることによってさらに詳細な情報を得ることができる可能性があります。使用するかどうかは、まずこの検査薬を用いずに撮像した画像をモニター画面で確認した上で決定しますが、この造影剤には時に副作用が出現することがありますので、使用することに同意されるか否かをあらかじめ確認します。

副作用としては発疹(かゆみ)、発熱、気持ちが悪い、めまい、胸が苦しいなどの症状があげられます(0.8%)。さらに、どの薬剤にもいえることですが、最悪の事態としてはショックを起こすこともあります(0.1%未満)。最近、ごく稀に検査薬を投与した1時間～数日後においても副作用が起こった事例が報告されております。この薬剤は気管支ぜんそくで治療中の方には原則として使用できません。

また、一部の糖尿病薬(ビグアナイド製剤)を内服中の方は、一時内服を中断していただく場合があります。上記のことを考慮した上で検査薬を用いることに同意されるか否かをご判断下さい。

なお、検査薬は尿から排泄されますので、検査薬を使った場合には普段よりも多めに水分を取るようにして下さい。

体重: _____ kg

説明医師名: _____

【問診】

1)あなたはアレルギー体質ですか。 はい いいえ

アトピー性皮膚炎、気管支ぜんそく、アレルギー性鼻炎、薬の副作用()

2)今までに食物で蕁(じん)麻疹などがでたことはありますか。 はい いいえ

3)糖尿病で治療していますか? はい いいえ

CT用造影剤使用の同意書

私はCT用造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け、理解しました。

医師が必要と判断した場合、非イオン性造影剤を使用することに同意します。

また、万一副作用が出現した場合には必要な処置を受けることを承諾します。

同意する . 同意しない

年 月 日

患者 氏名 _____ (署名)

代理人氏名 _____ (署名)

(患者との続柄 _____)

ID:

患者氏名: _____

患者様保存用

X線CT検査の造影について

あなたが検査を受けられる予定のX線CT検査では「非イオン性造影剤」という検査薬を使用する可能性があります。検査薬は静脈から体内に注入します。この検査薬を用いることによって血管がよく描出されたり、検査薬によって造影される(白くなる)部位と造影されない(白くならない)部位が区別されることによってさらに詳細な情報を得ることができる可能性があります。使用するかどうかは、まずこの検査薬を用いずに撮像した画像をモニター画面で確認した上で決定しますが、この造影剤には時に副作用が出現することがありますので、使用することに同意されるか否かをあらかじめ確認します。

副作用としては発疹(かゆみ)、発熱、気持ちが悪い、めまい、胸が苦しいなどの症状があげられます(0.8%)。さらに、どの薬剤にもいえることですが、最悪の事態としてはショックを起こすこともあります(0.1%未満)。最近、ごく稀に検査薬を投与した1時間～数日後においても副作用が起こった事例が報告されております。この薬剤は気管支ぜんそくで治療中の方には原則として使用できません。

また、一部の糖尿病薬(ビグアナイド製剤)を内服中の方は、一時内服を中断していただく場合があります。上記のことを考慮した上で検査薬を用いることに同意されるか否かをご判断下さい。

なお、検査薬は尿から排泄されますので、検査薬を使った場合には普段よりも多めに水分を取るようにして下さい。

体重: _____ kg

説明医師名: _____

【問診】

- 1) あなたはアレルギー体質ですか。 はい いいえ
アトピー性皮膚炎、気管支ぜんそく、アレルギー性鼻炎、薬の副作用()
- 2) 今までに食物で蕁(じん)麻疹などがでたことはありますか。 はい いいえ
- 3) 糖尿病で治療していますか? はい いいえ

CT用造影剤使用の同意書

私はCT用造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け、理解しました。
医師が必要と判断した場合、非イオン性造影剤を使用することに同意します。
また、万一副作用が出現した場合には必要な処置を受けることを承諾します。

同意する ・ 同意しない

年 月 日

患者 氏名 _____ (署名)

代理人氏名 _____ (署名)

(患者との続柄 _____)