

## CT検査説明書・同意書（施設共同利用）

名前 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

### 【検査について】

CT検査は、X線とコンピューターを使用して、体の断面像を撮る検査です。

検査前に着替えることができますが、なるべくレントゲンの検査と同じように、検査部位付近に金属などが無いような服装でお越しください。

なお当日、都合が悪くて来院できない場合や、検査時間の変更などありましたら、前日までに、各診療科にご連絡ください。

### 【造影検査について】

**造影検査では体の中をより詳しく調べるためにヨード造影剤を使用します。造影剤は診断したい部位をより明瞭にするためのお薬です。検査の際に血管（静脈）から造影剤を注射させていただきます。造影剤は安全な薬剤ですが、時に副作用が起こる危険性があります。**

副作用の種類には次のようなものがあります。

- 1) 軽い副作用 : はきけ、熱感、発疹、かゆみ、おう吐など  
(30人に対して1人程度)
- 2) 重篤な副作用: 呼吸困難、急激な血圧低下、意識喪失、心停止など  
(2500人に対して1人程度)
- 3) 遅発性副作用: 数時間後から約1週間後の間に、頭痛、発疹、かゆみ、はきけ、めまい、血圧低下などの副作用が起こることがあります。

その他、まれな合併症が起こることがあります。必要があれば適切な治療を行います。もし遅発性副作用と思われる異常が起きましたら主治医に連絡して下さい。

また、甲状腺機能亢進症や、**糖尿病のお薬をお飲みの患者様**、多発性骨髄腫、腎不全(血清クレアチニン値 2mg/dl以上)の場合には、造影剤の投与を慎重にしたり見合わせたりしますので、主治医にご連絡ください。また、授乳中の方は主治医に申し出て下さい。検査終了後 48 時間授乳は控えて下さい。この期間は搾乳し母乳は廃棄して下さい。また、取得した画像は診療業務、臨床研修および臨床研究に利用させていただくことがあります。その際には当院個人情報保護方針に則り適切に対応致します。

### 【糖尿病薬の服用についての確認：造影剤使用患者様のみ】

現在、糖尿病薬を服用中ですか？ いいえ はい

「はい」と答えた方のみ薬剤名を記入してください ( )

上記のことについて理解できましたか？ わからないことがありましたら必ずご質問下さい。

私は上記日程のCT検査及びヨード造影検査における造影剤使用について承諾します。

令和 年 月 日 患者（同意人）署名 \_\_\_\_\_

(患者との続柄 )