

# CT造影検査 説明・同意書

## 1. CT用造影剤とは？

今回実施するCT検査および尿路造影は、「造影剤」という薬剤の注射をして行います。CT検査は造影剤を使用しなくても行えますが、正確に診断が出来ず病気を見落とす場合があります。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、今後の治療に役立てます。

## 2. 副作用の種類や発生頻度は？

CT用の造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。

【軽症】吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹など（確率は5%以下。約100人につき5人以下）  
基本的に治療を要しません。

【重症】呼吸困難・意識障害・血圧低下など（確率は0.1%。約1千人につき1人）  
点滴、昇圧剤、抗アレルギー剤などの治療が必要です。  
極めて稀ですが死亡に至った例もあります（数十万人に1人）

残念ながら、こうした副作用がいつ発生するかを事前に知ることはできません。  
また、前回の検査の際には異常がなくても、今回、副作用がでることもあります。

## 3. 検査の必要性

造影剤にはこうした副作用がありますが、主治医はあなたの病気を診断し治療するうえで、造影剤を使用した検査が重要であると考えています

## 4. 注射に同意されれば、下の同意書に署名、捺印のうえ検査当日にお持ちください

患者さんが未成年や意識障害のある場合は家族や代理の方でも結構です。捺印がない場合は署名だけでも有効とします。もし造影剤の注射に気が進まなければ、得られる情報は減りますが造影剤を使用せずに検査を行いますので、医師に伝えて下さい。

また、アレルギー体質の方や、持病によっては副作用が出やすいことがあるので、当日担当医の判断で注射しない場合もあります。これについては検査前に確認させていただきます。

## 5. 同意書の有効期限

お手数ですが、毎回ご署名をお願いします。まとめて予約した検査は1枚で結構です。

### CT用造影剤使用の同意書

私はCT用造影剤に関して、その必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しました。私はCT用造影剤の血管内注射に同意します。万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

年 月 日

ご本人のご署名

\_\_\_\_\_

家族等、代理人の方のご署名

(続柄 )

\_\_\_\_\_

担当医師 \_\_\_\_\_

もし、ご不明な点やご質問がある場合は、下記電話番号までお問い合わせください。

タムス瑞江病院 ☎03-5879-7821 (受付時間9:00~17:00)