CT検査の造影剤使用に関するご説明と同意書

氏名　　生年月日　　年　　月　　日

最新クレアチニン値　　mg/dL　（　　年　　月　　日）

CT検査はエックス線とコンピューターを使用して深部の体内を観察します。
CT検査ではより詳しい画像情報を得るために約半数の例でヨード造影剤を静脈内投与する必要があります。
ヨード造影剤は基本的には安全な薬剤ですが、ある程度の確率で副作用が生じることが知られています。
ここに書かれている事項をよくお読みいただき、ヨード造影剤の使用に同意頂けましたら署名をお願いいたします。
同意頂けない場合は造影剤を使用せず、可能な限りの検査を施行する場合があります。
また喘息を有する患者様は発作を誘発する可能性がありますので造影剤の使用は原則禁忌とさせていただいております。
本同意書は検査日より3ヶ月間を有効とさせていただき、有効期間の同一検査については本同意書をもって検査に同意いただいていることとさせていただきます。

（起こり得る副作用）

① **軽い副作用・・・**かゆみ.発疹.発赤.悪心.嘔気など
これらの副作用は0．１～5%前後の頻度で起こるといわれていますが、通常は特に治療を必要とせず、検査当日でほぼ治まります。

② **重篤な副作用・・・**急激な血圧低下（ショック）.呼吸困難.顔面浮腫等
発生の頻度は極めて稀ですが、症状が現れた時は点滴などの治療を必要とします。

③ **遅発性副作用・・・**頭痛.悪心.発疹.かゆみ.吐気.蕁麻疹
検査後30分から数日で発生することがあります。その際には主治医にご相談ください。救急外来を受診することも可能です。

④ **神経損傷のリスク**
検査薬の注射の際に針が細い神経に当たることがあり、通常よりも強い痛みが生じ、しびれ感や痛みが続くことがあります。ほとんどが数日から数週間で治りますが、極めてまれ（1万～10万回に1回程度）に症状が長引き、手の動きに障害が残ることがあります。

上記事項を確認の上、ヨード造影剤使用について同意の有無をお答えください。

CT検査におけるヨード造影剤使用に同意する。

はい　　**いいえ**　（どちらか〇でかこんでください）

年　　月　　日

署名（本人）　　印

ご本人が署名できない場合には、ご親族などの代理人の署名をお願いします。

代理人署名　　印

説明医師署名　　印