県立多治見病院　　# 造影ＣＴ検査 問診票及び同意書　　〔医療連携用〕

今回実施するＣＴ検査はヨード造影剤を静脈注射します。造影剤を使用することにより、分かりにくい病変が明瞭になり、治療上必要な詳しい情報を得ることができますが、ごく稀に以下の副作用が起こることが報告されています。

[副作用]

軽度なもの（全投与者の 4.0～5.1%）では発疹、悪心、嘔吐など、重篤なもの（全投与者の 0.004%）では喉頭浮腫、肺水腫、ショック状態など、死亡例は 40 万人に 1 人と報告されています[造影剤添付文書および日医放 65: 300-301 2005 より]。

当院では副作用がおきた場合には、最善の処置ができるように万全の準備を整えています。また稀に検査数日後に症状がでる場合もありますので、その際は病院へご連絡ください。検査後は造影剤の尿からの排泄を促すために、水分を多めにとってください。

以上のことをご理解の上、検査前に下記の問診票及び同意書について記入をお願いします。

[問診票]

１．女性の方にお伺いします。現在、妊娠中もしくは授乳中ですか。　　はい　いいえ

２．気管支喘息の病気がありますか。　　はい　いいえ

３．以前に造影剤の注射をしたことがありますか。　　はい　いいえ

「はい」の場合、注射した後に、吐き気や発疹などの副作用がでたことがありますか？

はい　いいえ

「はい」の場合、いつ頃［　　］、何の検査で［　　］

症状［　　］

４．ヨードアレルギーがある。重篤な甲状腺疾患がありますか（ヨード造影剤は禁忌です)。

はい　いいえ

５．植込み型除細動器（ＩＣＤ・ＣＲＴＤ等）がありますか。　　はい　いいえ

ありの場合撮影部位によっては装置の機能を停止する必要があります。あらかじめ下記県立多治見病院医療連携室までご相談ください。

６．腎臓が悪いといわれたことがありますか。　　はい　いいえ

７．アレルギーがありますか。　　はい　いいえ

「はい」の場合、何で（薬剤、食品名など）［　　］

８．糖尿病治療のお薬を飲んでいますか。　　はい　いいえ

９．身長［　　cm］　体重［　　kg］

同　意　書

以上の問診の結果および造影検査の必要性、副作用についての説明を受け、十分に理解したので、その実施を同意します。

令和　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

[患者が未成年の時、本人が署名不可能な場合下記に署名し患者氏名も署名してください]

保護者または保証人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

総合評価　検査（可、不可）　　説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

立会人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検査予定日	令和　　年　　月　　日　　曜日　　時　　分

岐阜県立多治見病院　医療連携・診療支援課（医療連携担当：0572-22-5311　内線 2488）