

# CT造影検査を受けられる方へ

## (同意書)

### ■CT造影検査問診票

1. 造影剤を用いた検査で、今までに副作用はありましたか？  はい  いいえ
2. 上記で「はい」とお答えの方は、どのような症状ですか？ ( )
3. 食べ物や薬等でアレルギーが出たことがありますか？  はい  いいえ
4. 呼吸器疾患（喘息等）がありますか？  はい  いいえ
5. 重篤な甲状腺疾患（バセドウ病等）がありますか？  はい  いいえ
6. 心臓の疾患がありますか？  はい  いいえ
7. 腎臓の疾患（腎不全等）がありますか？  はい  いいえ
8. 糖尿病の診断を受けたことがありますか？  はい  いいえ

糖尿病でお薬を服用されている方は、下記のお薬の服用がある場合、へを記入ください。

- メトグルコ錠  メトホルミン塩酸塩錠  イニシンク配合錠  グリコラン錠  メトアナ配合錠  
 メタクト配合錠  エクメット配合錠  ジベトス錠  ジベトンS腸溶錠

のある方は、処方医（主治医）にご相談ください。万一の副作用を防止する処置として、上記お薬をお持ちの方は、検査前48時間から検査当日までは服用せず、検査後も48時間は服用しないでください。

9. 妊娠の可能性はありますか？  はい  いいえ

※この検査は「非イオン性ヨード造影剤」を使用します。安全な薬剤ですが、体調や体質により以下のような症状が現れることがあります。

- ・軽症：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹等（約100人に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、腎不全、肝障害等（約1,000人に1人以下）。

このような副作用は、通常治療が必要で、後遺症が残る可能性もあります。極めてまれですが、病状や体質により死亡例もあります（数10万人に1人）。副作用はいつ発生するか不明です。検査中や検査後、数時間～数日後（遅発性副作用）でもありえます。前回異常がなくても、今回は出ることもあります。

副作用と思われる症状が発現した場合は、速やかに主治医にご連絡ください。

▼ **同意書は裏面へ続きます**



CT造影検査 同意書

- 私はCT造影検査に関して必要性の説明を受け理解し、検査を受けることに同意します。
- 私は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ました。

私は造影剤の血管内等への注射に同意します。

また、万が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。

20 年 月 日 本人署名 \_\_\_\_\_.

家族等、代理人 署名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

主治医 (担当医) 署名 \_\_\_\_\_.

※検査1時間前での飲水 (水やお茶等) は可能です。

ただし、糖類等が含まれているものは飲まないようお願いいたします。

【医師記載欄】

- 同意書を得る時間的・状況的余裕がなく (緊急の状態を含む)、上記の同意書・問診を省略しました。

20 年 月 日 担当医: \_\_\_\_\_.