

CT造影診断承諾書(同意書)

大阪南医療センター 院長 宛

安全なCT造影検査を行って頂くために以下の事項についてお尋ねいたします。

ヨード過敏の有無	なし ・ あり (ヨード造影剤は禁忌です)
気管支喘息(治療中)	いいえ ・ はい (ヨード造影剤は原則禁忌です)
ヨード造影剤使用歴	なし ・ あり
クレアチニン値 (もしくはeGFR※)	() mg/dl () mL/min/1.73 m ² 測定日 年 月 日

※eGFR:推定糸球体濾過値

60以下で造影剤による腎機能障害のリスクあり(造影剤の減量にて対応します)。

30以下ではそのリスクが高いため当院では原則造影不可(透析患者様はのぞきます)

注:クレアチニン値あるいはeGFRの測定日は、必ずCT造影検査予約日の3ヶ月以内の値を記入下さい。

同意事項

CT検査を行う時に“非イオン性ヨード造影剤”を静脈内に注射し、CT撮影を行います。
CT検査は造影剤なしでも出来ますが、病気の種類によっては造影剤を使用して初めて診断可能なものもあり、造影剤を使用することで診断効果が上がります。

“非イオン性ヨード造影剤”は安全な薬剤ですが、場合によっては副作用が起こることもあります。
医師やスタッフは、これらの副作用が起こった場合の治療の訓練を積んでいます。
副作用の種類は次のようなものです。

- *軽い副作用 : かゆみ、胃の不快感で治療を必要としません。
このような副作用の起こる確率は1%です。
- *重篤な副作用 : 息切れ・不整脈・ひきつけ・腎不全・意識喪失などの治療が必要な副作用で、さらに重篤となる可能性もあります。
重篤な副作用の起こる確率は0.017%です。
- *死亡 : 他の多くの薬剤と同様に、まれに造影剤により死亡することがあります。
造影剤使用により死亡する確率は0.001%です。
- ・喘息患者様、造影剤アレルギー歴のある患者様は、そうでない患者様よりも副作用を起こす確率が高まるとされています。造影検査の際は、その必要性について主治医との相談が必要です。
- ・前回の造影検査の時には異常がなくても、今回副作用が出ることもあります。

検査における危険性を含め担当医師から説明を受け、この検査に同意します。

問診年月日 年 月 日

患者様署名

貴院名

紹介医

放射線画像診断依頼書と共にFAX下さい。

※当書類に記載された個人情報については、当センターの個人情報保護方針に基づいて適切に処理いたします。

大阪南医療センター地域連携室 電話:0721-50-4415 FAX:0721-50-4416

2017年7月18日改訂