

造影CT検査に関する意思確認書

医療連携用

(原本 →患者ファイルへ 写し →患者さんへ)

説明日 _____年____月____日

三宿病院 院長 殿

患者 _____様 に対する診療行為について、以下の項目を説明しました。

患者生年月日 _____年____月____日

医療機関名 _____ 医師名 _____

説明者名 _____ 職種 _____ 同席者なし

説明項目

1. 病名 _____

2. 実施する診療行為 造影CT検査

3. 実施希望日 ① _____年____月____日

② _____年____月____日

4. 交付した説明書類: 造影CT検査 造影剤のご説明と問診(全2ページ)

5. 本診療行為の必要性(説明書 1 ページ)

6. 推奨する診療行為の内容・効果(説明書 1 ページ)

7. 予想される危険性(合併症、既往症に伴うリスク等)(説明書 1 ページ)

8. 実施後の一般的経過(予測される日常生活への影響や予後など)と起こりうる障害
(説明書 1 ページ)

9. 通常は発生しないが重大な傷害や死亡の危険性もあり得ること(説明書 1 ページ)

10. 要望・質問が可能なこと(説明書 1 ページ)

11. この件についての問い合わせ先(説明書 1 ページ)

私は、上記説明を受け、質問、要望の機会も与えられ、内容について理解しました。

私は、説明された診療行為について以下の様に決定しました。(説明を受けた者がにチェックを入れる)

受けます 受けません 今は判断できません(判断保留)

_____年____月____日

患者署名 (自署) _____

緊急時を除き、未成年者の場合には親権者、本人が署名できない場合は意思決定を代行できる代理人が署名して下さい。

代理人署名 (続柄: _____) _____

↓
代理人は、親・配偶者・子・同居の親族とし、それ以外の親族や知人などに拡大解釈することはできない。

連絡先 (患者と異なる場合) 電話番号: _____

造影剤のご説明と問診

説明書

当院では、主治医の説明をお聞きいただき、患者さんの意思による同意を得たうえで検査を行っております。疑問点は質問されて納得され、造影検査の実施に同意される場合は、問診票にご記入いただき、意思確認書に御署名のうえ、検査実施時に検査室までお持ち下さい。（問診票は 2 ページ目、意思確認書は 3 ページ目です）なお、同意を拒否、または検査前に同意を撤回されても、診療上不利な扱いを受けることはありません。

Q. ヨード造影剤とは何ですか？

A. 画像検査を行う上でより詳しい情報を得るために用いる検査用薬剤です。

通常、皮下静脈を穿刺し、静脈内注射で体内に投与します。

CT 検査では、ヨードが含まれている造影剤が使われます。

腎機能が正常であれば、注射後 6 時間で約 90%は尿として排泄され、やがて全てが体外に排出されます。

Q. 副作用はあるのでしょうか？どのような人には造影検査ができないのでしょうか？

A. ヨード造影剤は多くの場合人体に無害ですが、軽症の副作用が見られることがあります。

ヨード造影剤の副作用には即時型と遅発型の二種類があり、検査終了から 1 時間を経た副作用は遅発型とされています。副作用には蕁麻疹や紅潮などの皮膚症状、悪心や嘔吐などの消化器症状、くしゃみや咳などの気道症状があり、それ以外は 0.1%以下とされています。

副作用の発現率は、軽症のものも含めて 2~3%前後とされていますが、3 万人あたり 1 人ほどの割合で、死亡を含む重篤な副作用が生じることも報告されています。万が一、副作用が起きた場合には迅速かつ最善の処置を行います。

また、検査中に造影剤が皮下組織に漏れ出る血管外漏出も生じることがあり、その頻度は 0.3%前後と報告されています。血管外漏出が起こると、皮膚の疼痛、腫脹、水泡形成、まれに皮膚の潰瘍形成やコンパートメント症候が生じます。小児、高齢者、意識障害がある患者さん、基礎疾患（糖尿病、膠原病、末梢血管や静脈に疾患がある人）を有する患者さんでその危険性が高いとされています。

アレルギー体質の方は副作用が生じる頻度が通常の人よりも約 3 倍高いと言われており、なかでも喘息の方は約 10 倍高い割合で副作用が生じるといわれています。喘息の方は原則的には造影検査を施行することができません。また腎機能が低下している方も造影検査を施行することができません。

また、経口血糖降下剤を服用している方は、造影検査の前後で休薬が必要な場合がありますので、主治医にお申し出ください。

次のページの間診票に記入し、意思確認書に署名して検査室に提出してください。



予約票

予約デスク 03-5720-7423

CT検査（造影）

ID:

様

予約日

時間

①来院の際は「初診・再診 ③番」の窓口へお越しく下さい。

②受付窓口 **南館2階 CT検査 受付** へお越しく下さい。

●この検査は、X線を利用して体内の情報を画像化する検査です。

この用紙をお持ちになり、検査時間の20分前までにお越し下さい。

●次の事をお守り下さい。

- 1 午前中検査の方は朝食を召し上げらずにお越し下さい。
午後検査の方は朝食は差し支えありませんが、昼食は召し上げらずにお越し下さい。
水や常用薬は飲んでかまいません。
経口糖尿病薬やインスリン注射は、主治医の指示に従ってください。
- 2 撮影部位に金属を含むものがある場合は、外して下さい。
必要に応じて検査着に着替えていただく場合があります。
- 3 検査は短時間で終わりますが、特殊な検査（心臓血管等）については
時間のかかる場合があります。トイレは前もって済ませておいて下さい。
- 4 妊娠中、または、その可能性のある方、授乳中の方はお申し出下さい。
- 5 貴重品持参や高価な装身具でのご来院はなるべくお控え下さい。

●患者様は造影剤使用の同意書を記入の上、提出して下さい●ご予約の診療が終了した方のお会計は、1階外来⑧番の会計窓口になります。
(来院時、ご使用いただくクリアファイルも⑧番窓口にお返しください。)

●予約等に関するお問い合わせ



国家公務員共済組合連合会

三宿病院

予約担当デスク TEL 03-5720-7423

〒153-0051

TEL:03-3711-5771 (代表)

※患者ID番号・予約票等をご用意の上、ご連絡ください。

東京都目黒区上目黒5-33-12

FAX:03-3792-1682 (FAX)

三宿病院ホームページ <http://www.mishuku.gr.jp>