**【同意書】造影ＣＴ検査**

書類

種別 別

**検査実施予定日：　　　年　　　月　　　日 　　　時　　　分～**

**１．造影剤とは**

造影剤とは、病気を正確に診断するために用いる薬剤です。通常、腕などの静脈から投与します。今回の検査では、ヨードを含んだ造影剤(ヨード造影剤)を使用します。造影剤を短時間で注入するため体が熱く感じることがありますが、これは心配いりません。

**２．造影剤を使用するにあたり、特に注意が必要な方**

以下の方は、造影剤を使用するにあたり注意が必要です。このような方は必ず担当医に申し出て下さい。

(ア)　以前に造影検査で副作用が出たことのある方

(イ)　喘息やアレルギーのある方

(ウ) 褐色細胞腫のある方

(エ)　甲状腺疾患のある方

(エ)　腎臓病のある方

**３．造影剤の副作用について**

造影剤使用に対する危険因子の無い方でも副作用が現れる可能性があります。副作用の種類と頻度は、おおよそ以下のとおりです。

1. 軽い副作用：吐き気、嘔吐、かゆみ、じんましん、咳、くしゃみ、頭痛等です。

その頻度はおおよそ３～５％とされています。

1. 重い副作用：まれにショックやアナフィラキシー様の反応（血圧低下や呼吸困難など）が生じる事があります。

その頻度は2500人に１人程度とされています。

**４．副作用に対する対応について**

検査の間、技師や看護師が患者様の状態を常に観察しています。具合が悪くなったときには、我慢をしないで申し出て下さい。

**５．授乳中の方へ**

造影剤が乳汁中に出てくる可能性があります。そのため、造影剤使用後は４８時間授乳を中止する必要があります。

**６．糖尿病治療薬とヨード造影剤**

糖尿病治療薬の中には、ヨード造影剤を使用するにあたり注意が必要なものがあります。服用されている方は主治医に申し出て下さい。

平成　 　年　 　月　 　日　 　　説明医師

　　　　　　　　　　　　　 　看 護 師

**同　意　書**

私は上記の日時に予定されている造影検査の目的、危険性について、担当医師より説明を受け、理解しました。その上で造影検査を行うことに同意します。（注：同意書に署名された後でも、いつでもこれを撤回することはできます）

ＪＡ長野厚生連　佐久医療センター院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　本 人 氏 名　 　　　　(自署)

（検査を受ける方が署名できない場合や未成年の場合には、代理人の方の署名をお願いします。）

家族または代理人氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　(自署)

（本人との関係：　　　　　）