

CT検査におけるヨード造影剤使用に関する説明と同意書

カルテ番号 _____

医療法人社団 小林メディカル

あなたの主治医の依頼によるCT検査が、平成 年 月 日に予定されています。

CT検査は、X線とコンピューターを使用して、体内の深部を観察するものです。CT検査の約半数の例で、ヨード造影剤の静脈内投与を必要とする場合があります。ヨード造影剤は検査のための薬剤で、より詳しい画像情報を得るために投与されます。

ヨード造影剤は基本的には安全な薬剤といわれていますが、一定の頻度で次のような副作用が生じることが知られていますので、ここに書かれている事項をよくお読みの上、ヨード造影剤の使用に同意頂けるようでしたら、署名をお願いします。同意頂けない場合でも造影剤を用いなくて、可能な限り正確な診断となるような検査は施行致します。

なお、喘息を有する場合は、造影剤の使用は原則として禁忌です。

1. 軽い副作用： かゆみ、発疹、発赤、悪心、嘔気

これらの副作用は、1/100すなわち1%前後の頻度で起こりますが、通常は特に治療を必要とせず、検査当日でほぼ治まります。

2. 重篤な副作用： 血圧低下(ショック)、息苦しさ、意識消失、腎不全、嘔声(喉頭浮腫)

発生する頻度は、1/6,000つまり0.02%とわずかですが、治療が必要で、さらに有害となる可能性もあります。

他の多くの薬剤と同様にごく稀に（1/100,000つまり0.001%の頻度）、死亡例の報告もあります。

3. 遅発性副作用： 頭痛、吐気、かゆみ、発疹

0.1%前後の方に検査後1時間から数日で発生することがあります。その際には主治医にお申し出下さい。

上記事項を確認の上、ヨード造影剤使用について同意の有無をお答え下さい。

CT検査におけるヨード造影剤使用に同意する。

はい いいえ

平成 年 月 日

署名（本人） _____ 印

ご本人が署名できない場合には、ご親族などの代理人が署名して下さい。

代理人署名 _____ 印

説明医師署名 _____ 印