

造影X線検査(造影CT, DIP)に関する説明と同意書

ID _____

氏名 _____

1.検査予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

2.予定検査名: _____

当院があなたに必要であると考えている検査とその検査に伴う副作用、検査中の注意事項などについて、ご説明です。検査を受けるかどうかの判断の参考にして下さい。

3.予定している検査と方法

ヨードを含んだ薬(以下、造影剤)を血管内に注射しながら行うX線検査です。
造影X線検査には、造影CT検査、DIP(点滴静注腎盂造影)検査などが含まれます。
造影剤を使用することにより、病気がより詳しく分かり、診断に大変役立ちます。

4.予測される合併症と危険性

造影剤は安全なお薬ですが、まれに副作用をおこすことがあります。

①軽い副作用(吐き気、嘔吐、じんましん、かゆみ、など)

(頻度は約20～100人に1人・・・約1～5%)

②重い副作用(呼吸困難、ショック、意識消失、血圧低下、心停止、など)

(頻度は2.5万人に1人・・・0.004%)

③極めてまれながら重篤な副作用による死亡

(頻度は40万人に1人・・・0.00025%)

* 副作用の多くは、検査の後、数時間までに起こりますが、ごくまれに遅れて見られることもあります。

5.以下の患者様については、造影剤が使用できない場合があります。

問診票にあてはまることがあれば、必ず記入して下さい。分からない事や不明な点などは必ず担当医師または検査担当者にご相談ください。

○ヨードまたはヨード造影剤に過敏症の既往がある方、重い甲状腺疾患がある方は、ヨード造影剤の投与はできません。

○気管支喘息の方など、アレルギー体質の方は副作用発生の頻度が高いといわれています。

○腎不全などの重い腎障害、重い心臓病、重い肝障害のある方、褐色細胞腫、マクログロブリン血症、テタニー、多発性骨髄腫などの診断を受けている方は、症状が悪化するなどの可能性があるため、ヨード造影剤が使えないことがあります。

○糖尿病で、ビグアナイド系の経口血糖降下剤を内服されている方は、検査前後48時間の内服中止が必要です。

○妊娠中の方への造影剤投与に関する安全性は確立していません。また造影剤は乳汁に移行する可能性があり、授乳中の方は一時的に授乳を避ける必要があります。

* 当院では、副作用が発生する可能性を念頭に置いた上で、

①「問診票」や採血で、患者様の状態を事前に把握し、造影X線検査を行うことが妥当かどうかを確認します。

②副作用発生の場合は、緊急の対処を行えるよう十分な準備を整えています。

☆ 上記事項でご不明な点や質問がありましたら、遠慮なく担当医師におたずねください。

6.造影X線検査の注意事項

《造影剤投与前》

造影X線検査にあたって事前に血管確保を行います。CT検査の場合、検査時の姿勢の関係から手背(手の甲)に確保させていただく場合が多いです。

注射をするときに、皮膚の近くにある神経が注射針によって損傷され、痛みやしびれが発生することがあります。ごくまれに、後遺症として神経障害が残ることもあります。

《造影剤投与中》

造影剤注入中から体が熱くなる感覚を生じますが、通常、数分以内に消失しますので心配ありません。造影剤を勢いよく注入するため、血管外に造影剤が漏れて腫れることがあり、処置が必要になることがあります。検査開始までに針先に異常を感じたら、ためらわずにお申し出下さい。

《造影剤投与後》

造影X線検査の後、造影剤を体外に排泄する目的で水分を普段より多めにお飲み下さい。通常よりコップ1～2杯以上の水分を多めに摂取するようにお勧めしますが、何らかの理由で水分制限が必要な方は担当医にご相談ください。

検査終了後あるいは帰宅後に、じんま疹、かゆみ等、何らかの体の異常がありましたら、当院、もしくはかかりつけ医にご連絡下さい。

7.その他

①当病院は、症状を確定するために造影X線検査を行う必要があると判断しましたが、この点に関し、あなたは他の医師や病院の判断を求めることができます。もし、他の医師や病院の判断を求めたい場合は、随時対応いたしますのでその旨お知らせ下さい。

②造影X線検査について、今すぐ同意をする必要はありませんので、更にお考えになられる際はその旨お知らせ下さい。(緊急時は除きます。)

③この検査についての同意は、検査の実施前であれば取り消すことができます。

④早期検査が必要と判断していますので、早期に検査されることをお勧めします。

同意書

造影X線検査について上記の記載事項のとおり説明しました。

説明日: 年 月 日

説明医師:

説明医師以外の同席者:

私は、上記事項について十分な説明を受け、質問をする機会も与えられ、その内容に関して理解しました。また、上記検査を実施中にその他の処置が必要となった場合についても、併せて承諾いたします。

造影X線検査を受けることに

☐ 1.同意します。

☐ 2.同意しません。 ※該当するものにチェックを入れて下さい。

同意日: 年 月 日

患者氏名:

患者住所:

☐ 上記患者は、自署できないので、下記同席者が代署。

同席者氏名:
(親権者、後見人、親族など理解補助者)

同席者住所: