

造影CT 検査同意書

検査予定日 年 月 日 () 時 分 より

氏名

様

患者ID

性別

年齢

身長(

cm)

依頼(

)

体重(

kg)

検査を受けるに際し必ず別紙の注意事項を読み、以下の質問にお答えください。

	いいえ	はい
①薬のアレルギーがありますか？		
②気管支喘息はありますか？		
③甲状腺障害を指摘されたことがありますか？		
④(女性のみ)妊娠中または授乳中ですか？		
⑤糖尿病のビグアナイド薬は飲んでいますか？		
⑥造影剤の副作用について理解されましたか？	はい・いいえ	

<「はい」とお答えの方>

造影検査で副作用を生じる可能性が高いといえます。

↓
副作用について十分理解されたうえで、担当医と検査の可否を相談してください。

⇒ 休薬が必要です

● 腎機能の確認: 血清クレアチニン値 mg/dL → 規定値を超えた場合 (検査中止・了承の下施行)

※男性で1.7以上、女性で1.3以上(eGFR30以下)の場合にはリスクが高いため、原則造影検査は行いません

※検査日より原則3ヵ月以内のデータで記載の無い場合には、安全のため造影検査は行いません

- 状態により放射線科医の判断で造影剤を使用しない単純CT検査としたり、検査を中断・中止する場合があります
- 入院患者様は今回の入院期間中、治療に伴う経過観察のため、医師の判断により複数回造影CT検査を行う事があります

実施日 年 月 日

説明日 年 月 日 説明者 : 医師 ()

: 看護師 ()

説明文書の交付を受けて説明を受けました。実施に必要な処置と造影CT検査をうけること、実施中に緊急処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても併せて

同意します (同意された後もいつでも撤回することは可能です)

同意しません (検査しないことによる不利益に関して、主治医・病院に責任を問いません)

記入日: 年 月 日

本人氏名 : ()

親族または代理者氏名 : ()

(本人との関係 : 父母、配偶者、子、兄弟姉妹、保護義務者、法的代理人、その他 _____)