

造影 CT 検査の説明と同意書(院外用)

1、造影剤について

CT 検査は、造影剤を使用しなくても検査可能ですが、造影剤を使用することにより病気の有無やその性質、範囲、状態をより正確に評価することが可能となり、今後の病気の治療に役立ちます。

造影剤は基本的に安全な薬剤といわれていますが、まれに以下に示した副作用や合併症がおこることがあります。

2、造影剤の副作用について

軽い副作用(かゆみ、発疹、発赤、悪心、嘔気、嘔吐)

0.1～5%程度の頻度で起こりますが、通常は特に治療を必要とせず、軽症で一過性です。

重篤な副作用(血圧低下(ショック)、息苦しさ、嘔声(喉頭浮腫)、急性腎不全

約 25000 人に 1 人(0.004%)と稀ですが、治療が必要で後遺症が残る場合もあり、時に入院・手術も必要なことがあります。

極めて稀ですが、約 40 万人 1 人(0.00025%)、死亡例の報告もあります。

遅発性副作用(嘔気、かゆみ、発疹、頭痛)

検査後 10 分以内がほとんどですが、ごくまれに検査後 1 時間から数日で発生することがあります。

合併症

造影剤が静脈外に漏れ、腫れ・痛みを伴う場合があります。

ほとんどは時間がたてば吸収されますが、ごくまれに処置が必要な場合があります。

また、ほぼ全例で体が熱くなりますが、血管の刺激に伴う正常な反応で心配いりません。

3、造影剤副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用をおこすかどうかを調べる方法は現在のところありません。前回の検査時(造影検査)に異常が無くても、今回の検査で副作用が出る可能性があります。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

4、同意書の撤回について

同意書は検査施行前ならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

造影剤使用に関する同意書(院外用)

宮崎市郡医師会病院長 殿

私は今回の造影 CT 検査における造影剤に関して、その必要性和副作用及び合併症の可能性について説明を受け理解しましたので、造影剤を使用することに同意します。

また、造影剤使用時に、予期せぬ緊急状況が発生した場合は、医師が必要と判断した処置を行うことにも同意します。

同意日 年 月 日

患者氏名(署名) _____

代理人氏名(署名) _____ (続柄 _____)

代理署名の方はこちらにご記入ください

造影 CT 検査の目的と意義、また副作用と合併症について説明しました。

年 月 日

医療機関名: _____

説明した医師名: _____

宮崎市郡医師会病院

問診票(院外用)

副作用の危険性を予知するために必ず以下の問診にお答えください。

1、今までに造影剤を用いて検査を受けたことがありますか？

いいえ はい(検査名: _____)

2、造影剤を用いた検査で、気分が悪くなったことがありますか？

いいえ はい

「はい」と答えた方は該当するものを○で囲って下さい。

・発疹 ・かゆみ ・吐き気 ・嘔吐 ・頭痛 ・喉の違和感
・その他(_____)

3、喘息、アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？

なし 喘息 じんましん アレルギー皮膚炎

アレルギー性鼻炎

食物に対するアレルギー(_____)

飲み薬・注射薬に対するアレルギー(_____)

その他(_____)

4、心臓病、腎臓病、糖尿病などがありますか？

なし 心臓病 腎臓病 糖尿病 甲状腺

5、女性のみお答えください

現在、妊娠していますか？ いいえ はい わからない

現在、授乳中ですか？ いいえ はい

身長 _____ cm 体重 _____ kg

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 (署名) _____

代理人氏名 (署名) _____ (続柄 _____)

代理署名の方はこちらにご記入ください

宮崎市郡医師会病院

CT 検査料金

※ 外来で検査を受けた場合の目安料金となります。

使用する薬剤や検査の追加などにより料金は変わりますのでご了承ください。

CT 検査料金

検査内容	検査のみの総額	1割負担	3割負担
単純 CT	約 20,000 円	約 2,000 円	約 3,000 円
造影 CT	約 30,000 円	約 3,000 円	約 9,000 円
冠動脈 CT (造影)	約 40,000 円	約 4,000 円	約 12,000 円