

## 【 説 明 書 】

## 1. 概要

CT 検査は、X 線を使用してからだの断面を撮影する検査です。得られた情報をコンピューターで解析し、目的とする部分の画像診断を行います。必要に応じてヨード造影剤を使用する場合があります。

## 2. ヨード造影剤を使用する必要性について

造影剤を血管内に注射すると血管の走行や個々の臓器・病変が一層明瞭に観察できるようになり、病気をわかりやすく正確に診断できるようになります。

## 3. ヨード造影剤による副作用について

ヨード造影剤を注射すると、まれにアレルギー反応 (2~3%程度の頻度でじんま疹、くしゃみ、吐き気など) を起こす事があります。ほとんどの場合、一過性の軽微な症状で自然に消退します。非常にまれに (0.1%未満) 血圧低下、呼吸障害などの重篤な症状を起こすこともあり、約 30 万人に 1 人の割合で重篤な症状による死亡例の報告もあります。また、ヨード造影剤注射後 1~3 日くらい経過してから症状が現れることもあります。造影剤の注射時に血管外漏出のリスクがあり、コンパートメント症候群によるしびれや血流低下などの副作用を生じる場合があります。このような合併症がみられた場合は速やかに最善の処置を実施いたします。

## 4. その他

- ・ヨード造影剤に関する不明な点がある場合や使用したくない場合には、遠慮なく申し出てください。
- ・検査への質問は、担当科・担当医師にご相談ください。
- ・帰宅後に急な体調不良が発生した場合は、下記連絡先の受診相談へご連絡ください。

## 【連絡先】

住所：静岡県伊豆の国市長岡 1129 番地 電話：055-948-3111  
病院：順天堂大学医学部附属静岡病院

## 【 同 意 書 】

■検査予定日：( 年 月 日 / 未定 )

■必須記載項目

## 医師記入欄

私は、上記「説明書」記載のとおり説明しました。

■説明日時： 年 月 日

■説明担当医師： \_\_\_\_\_

※押印なき場合は自署のこと

・病院側同席者氏名： \_\_\_\_\_

※同席者のあった場合

・説明場所： \_\_\_\_\_

## 患者記入欄

私は、左記説明担当医師から、上記「説明書」に記載のとおり説明を受け、その内容を十分理解し、この医療行為を受けることに、

【 ■ 同意します / 同意しません 】

(どちらか一方に○をつけてください。)

■同意年月日： 年 月 日

■患者氏名： \_\_\_\_\_

・代諾者氏名： \_\_\_\_\_

(患者との関係： \_\_\_\_\_)

※ 患者又は代諾者どちらか一方は自署に限ります。

※ 本人が自署できない場合、未成年の場合は、保護者又は代諾者の自署が必要となります。

原本は病院にて保管し、患者又は代諾者へは本書面のコピーをお渡しします。