

御依頼医療機関	
フリカナ	
患者様名	様
生年月日	T・S・H 年 月 日

**造影剤を用いた検査を  
受けられる方への  
説明書兼承諾書  
(CT・血管検査等)**

**【目的】** CT検査に造影剤を使用することにより、血管やその他の臓器、さらには様々な病変が見やすくなり、より小さな病変も見つけることができるようになります。病変が何かという診断を行う上で、重要な情報が得られます。

**【方法】** 点滴と同じ方法で血管に針を刺し、機械で通常の点滴よりも速いスピードで造影剤を注入します。体が熱くなったように感じることがあります、終了後すぐに消失します。

**【合併症】** 1. 造影剤漏れ

針を刺した部位から皮下に造影剤が漏れことがあります。造影剤が漏れると、軽い痛み、発赤、腫脹、水泡形成、潰瘍形成、神経障害などが起こります。

2. 造影剤による副作用

- ・軽い副作用（100人に3~4人）…吐き気、蕁麻疹、頭痛、動悸、冷や汗、くしゃみなど
- ・重い副作用（1万人に1~2人）…呼吸困難、ショック、意識消失など
- ・腎障害（通常30%以下。高齢の方や心臓病、糖尿病、脱水を有する方はやや高率）  
…通常自覚症状はなく自然に回復しますが、まれに重篤となったり回復せずに、透析などを必要とすることがあります。

※極めて稀ですが、死亡例の報告もあります。（10万人に1人以下）

※副作用はすぐに生じるものと、検査終了数時間から数日後に生じるものとがあります。

※喘息の既往がある方は、造影剤を使用した検査は原則できません。

アレルギーのある方、心臓・腎臓の悪い方は副作用が起こしやすいので教えてください。

※腎障害を防ぐため、検査前後に水分を取るように心がけてください。

**【合併症への対処】** CT検査中は合併症、副作用にすばやく対応できるように看護師がすぐそばで様子を観察しており、必要があれば医師もすぐにかけつけ処置をいたします。もし、検査中・検査後に何が変だと感じましたら、ためらわずにお申し出ください。また、帰宅後の副作用に関しては当院までご連絡ください。

### ◎◎◎ CT・血管検査等の造影剤使用承諾書 ◎◎◎

私は、造影剤使用の検査の必要性・危険性について説明を受け納得致しましたので、  
造影剤使用の検査を受けることに、同意致します。

（1）上記の医療行為について、その必要性と内容、起こりえる危険性などについて説明を致しました。

令和 年 月 日 説明担当医師：\_\_\_\_\_ 印（自署）

（2）私は上記の説明を受け、納得しましたので、実施に同意致します。また、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、上記以外の診療行為についても適宜処置されることに同意致します。

令和 年 月 日 患者 氏名：\_\_\_\_\_（自署）

家族等 氏名：\_\_\_\_\_（自署）

患者との続柄：\_\_\_\_\_（自署）