

説明文書

造影剤を用いたCT検査

患者氏名 _____ 様 以下のとおり説明しました。

医療機関名 _____ 説明医 _____

同席者 _____

この文書は、造影剤を用いたCT 検査について、その目的、内容、危険性などを説明するものです。説明を受けられた後、不明な点がありましたら何でもおたずねください。

1 a. あなたの病名

b. あなたの病態

2 この検査の目的

画像診断検査には、以下のような目的があります。

- ① 病気があるのか正常なのかをはっきりさせる。
- ② どんな種類の病気なのかをはっきりさせる。
- ③ 病気の広がりや進み具合をはっきりさせる。

CT 検査では、原則として上記のいずれの場合においても造影剤を用いたほうが、よりはっきりするケースが多いので、日常的に造影剤を使用しています。今回のあなたの検査でも造影剤の注射を予定しています(病気の種類や部位によって、造影剤を使用しなくても必要な情報が得られると予想される場合や、下記4で述べる危険性が高いと判断される場合には造影剤は使用しません)。

3 この検査の内容

a. 検査実施病院 : 国立病院機構 東埼玉病院

b. 造影検査当日の飲水・摂食

- 1) 午前の検査のため朝食をとらないでください。
- 2) 水やお茶などの水分は、少量であればお飲みいただいて結構です。

即時型副作用が発生した場合には、検査実施病院の検査担当医師、診療放射線技師、看護師が速やかに対応し最善の治療を行います。

遅発型副作用と思われる症状(発疹、発赤、じん麻疹、悪心、嘔吐、血圧低下、頭痛など)が発生した場合には、下記⑧へ連絡してください。

d. その他

造影剤の副作用ではありませんが、注入針が血管内にきちんと入っていても注入時に造影剤が血管外に漏れることがあります。CTでは造影剤を自動注入器で高速注入(1~4mL/秒)するため、漏れた場合には比較的多量の造影剤が漏出する可能性があります。少量の場合は処置を必要とせず自然に吸収されますが、多量の場合は時に血行障害をきたすため、切開等の手術が必要になることがあります。なお、副作用に関する診療は通常の保険診療で行います。患者さんの負担になりますので、ご了承願います。

⑤ 代替可能な検査

造影剤を用いない代替検査として単純CT、エコー、MRI があります。しかし、これらの検査も、造影剤を用いたCT検査に完全に置き換わるものではなく必要な情報が得られなくなる可能性があります。

⑥ 患者さんの具体的な希望

⑦ 検査の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、検査が開始されるまでは、検査をやめることができます。やめる場合にはその旨を下記⑧まで連絡してください。

⑧ 連絡先

本検査について質問がある場合や、検査を受けた後に緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

医療機関名 _____
医師氏名 _____
電 話 _____

(別紙)

ビグアナイド系糖尿病治療薬

<p>メトグルコ錠 250mg 500mg</p>	<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> 三和	<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> トーワ
<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> 日医工	<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> ニプロ	<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> ファイザー
<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> DSEP	<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> JG	<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> TCK
<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> TE	<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> 明治	<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT</p> DSPB
<p>グリコラン錠 250mg</p>	<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mg</p> トーワ	<p>メトホルミン塩酸塩錠 250mg</p> SN
<p>エクメット配合錠 LD HD</p>	<p>メタクト配合錠 LD HD</p>	<p>メトアナ配合錠 LD HD</p>
<p>イニシंक配合錠 50mg</p>	<p>ジベトス錠 50mg</p>	<p>ポホルミン塩酸塩 50mg</p> KO

日本医学放射線学会 造影剤安全性委員会 2021年3月

同意文書

独立行政法人国立病院機構東埼玉病院 院長 殿

私は、造影剤を用いたCT検査を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この検査を受けるかどうか検討する時間を十分に与えられました。そのうえで、自由な意思に基づき、この検査を受けることに同意します。

なお、説明文書とこの同意文書の写しを受け取りました。

- 病名・病態
- 検査の目的・必要性・有効性
- 検査の内容と性格および注意事項
- 検査に伴う危険性とその発生率
- 偶発症発生時の対応
- 代替可能な検査およびそれに伴う危険性とその発生率
- 検査を行わなかった場合に予想される経過
- 患者さんの具体的希望
- 検査の同意撤回
- 連絡先

(*説明事項を確認のため□にチェック記載)

説明年月日：_____年___月___日

説明医 _____

(自筆。又はゴム印等を用いて記名する場合は印を加える。)

同意年月日：_____年___月___日

同意者（本人）： (_____)

(自筆。又はゴム印等を用いて記名する場合は印を加える。)

(代諾者)： (_____) * (患者さんとの関係： _____)

(自筆。又はゴム印等を用いて記名する場合は印を加える。)