

ヨード造影剤検査 問診票

安全に検査を受けていただくために、以下の質問について正確にご記入頂きますようお願いいたします。
(該当するものにチェック☑をするか、具体的に()の中へご記入下さい。)

1. 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？ ☐ はい(検査名: _____) ☐ いいえ
造影検査を受けたことのある方にお尋ねします。 2. その検査時に副作用と見られる症状はありましたか？ ☐ はい(症状: _____) ☐ いいえ
3. 以下の病気があると言われたことはありますか？ 該当する項目をすべて○で囲み、()内に詳しい病名をお書きください。 該当する項目がない場合は【該当なし】を○で囲んでください。 気管支喘息・甲状腺機能亢進症・心臓の病気(病名: _____)・腎機能の低下・ 腎臓の病気(病名: _____)・肝臓の病気(病名: _____)・テタニー・ タンパク尿の既往・マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・褐色細胞腫・高血圧・ 痛風・アレルギー性の病気、体質(詳しい症状: _____)・該当なし
4. 現在、糖尿病薬の服用をしていますか？ ☐ はい ☐ いいえ
該当薬があれば○で囲んでください。(ビグアナイド系薬剤) 該当する項目がない場合は【該当なし】を○で囲んでください。 イニシク・エクメットLD・エクメットHD・グリコラン・ジベトス・ジベトンS・ネルビス・ メタクトLD・メタクトHD・メトアナLD・メトアナHD・メデット・メトグルコ・メトホルミン・ メトリオン・該当なし (該当ありの方は造影剤投与前48時間から投与後48時間の服用はお控えください。)

記入日: (西暦) _____ 年 月 日

患者氏名または代理人(続柄) _____ ()

確 認 者	放 射 線	
-------------	-------------	--

検査名: CT検査(造影)

この同意書は、あなたに説明された重要な医学的情報を文書として確認する為に作成されています。あなたが、十分な情報が提供されたのちに、提案された手術や手技、検査に同意するか、または留保することができることを目的としています。

1) 患者様の状態

通常のCT検査のみで確定診断や治療方針の決定が困難であり、造影剤を用いたCT検査を必要とします。

2) 提案される治療または処置

腕(ごく稀に足)の静脈からヨード造影剤の投与を行ない、CT撮影を実施します。

3) 潜在的な利点と欠点

利点: 目的の部位や血管を画像上、より明瞭に描出し、詳しく診断することができます。

欠点: ・副作用が発生する場合があります。頻度は副作用全体で約3%, 重症例が2.5千人に1人(0.04%), 極めて重篤な症例が2.5万人に1人(0.004%), 死亡例は40万人に1人(0.00025%)程度です。
・造影剤が血管外に漏れた場合、腫れたり痛みを伴う場合があります。
場合によって処置が必要です。

4) 可能な代替案

MRI検査、超音波検査、核医学検査、PET/CT検査などで代替可能な場合があります。

5) 成功率

99%以上

6) 回復に関連して考えられる問題

造影剤投与後、24時間経過すると造影剤全量が尿中に排泄されます。(腎機能が正常な場合)

7) 検査をしなかった場合に考えられる結果

病気の正確な診断を行なう事ができず、病気の発見が遅れたり、また治療方針の決定が困難となる可能性があります。場合によっては生命予後に影響を及ぼす恐れもあります。

8) 同意書の撤回について

一旦同意された後でもいつでも撤回することができます。同意を撤回されても不利な扱いを受けたりすることはありません。

(※匿名ですが学会発表などで治療経過などのデータを使用することがあります。)

9) その他

以前、造影剤による過敏反応があった方はステロイド前処置が有効な場合があります。担当医へご相談下さい。

使用した資料: ☐ 同意書添付説明書 ☐ パンフレット ☐ その他 ()

説明医師: _____ 説明日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ :

同席職員: _____

上記内容の説明を受け、かつ造影検査説明文を理解した上で検査を受けることに同意します。

又、以下のことを認め同意します。

私は自らの意志で上記の検査や手技の施行を、私の検査・手技担当医師やその介助をする病院職員、その他訓練を受けた職員に許可します。

患者氏名: _____ 説明日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ :

代筆の場合: 代筆者氏名 _____ (続柄 _____)

検査名:CT検査(造影)

この同意書は、あなたに説明された重要な医学的情報を文書として確認する為に作成されています。あなたが、十分な情報が提供されたのちに、提案された手術や手技、検査に同意するか、または留保することができることを目的としています。

1) 患者様の状態

通常のCT検査のみで確定診断や治療方針の決定が困難であり、造影剤を用いたCT検査を必要とします。

2) 提案される治療または処置

腕(ごく稀に足)の静脈からヨード造影剤の投与を行ない、CT撮影を実施します。

3) 潜在的な利点と欠点

利点: 目的の部位や血管を画像上、より明瞭に描出し、詳しく診断することができます。

欠点: ・副作用が発生する場合があります。頻度は副作用全体で約3%, 重症例が2.5千人に1人(0.04%), 極めて重篤な症例が2.5万人に1人(0.004%), 死亡例は40万人に1人(0.00025%)程度です。
・造影剤が血管外に漏れた場合、腫れたり痛みを伴う場合があります。
場合によって処置が必要です。

4) 可能な代替案

MRI検査、超音波検査、核医学検査、PET/CT検査などで代替可能な場合があります。

5) 成功率

99%以上

6) 回復に関連して考えられる問題

造影剤投与後、24時間経過すると造影剤全量が尿中に排泄されます。(腎機能が正常な場合)

7) 検査をしなかった場合に考えられる結果

病気の正確な診断を行なう事ができず、病気の発見が遅れたり、また治療方針の決定が困難となる可能性があります。場合によっては生命予後に影響を及ぼす恐れもあります。

8) 同意書の撤回について

一旦同意された後でもいつでも撤回することができます。同意を撤回されても不利な扱いを受けたりすることはありません。
(※匿名ですが学会発表などで治療経過などのデーターを使用することがあります。)

9) その他

以前、造影剤による過敏反応があった方はステロイド前処置が有効な場合があります。
担当医へご相談下さい。

使用した資料: ☐同意書添付説明書 ☐パンフレット ☐その他()

説明医師: _____ 説明日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ :

同席職員: _____

上記内容の説明を受け、かつ造影検査説明文を理解した上で検査を受けることに同意します。
又、以下のことを認め同意します。
私は自らの意志で上記の検査や手技の施行を、私の検査・手技担当医師やその介助をする
病院職員、その他訓練を受けた職員に許可します。

患者氏名: _____ 説明日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ :

代筆の場合: 代筆者氏名 _____ (続柄 _____)