

# 造影剤を使用する検査を受けられる患者様へ

氏名 様  
配偶者・親権者・その他親族( ) 殿

平成 年 月 日

病院名・診療所名:

電話番号:

診療科名:

医師名:

## 1. 造影剤の使用目的について

今回実施する検査では、造影剤を使用します。CT検査では造影剤を使用することにより、使わない場合と比べて新たな病変が見つかったり、病変が明瞭になり、病変の性質についてのより詳しい情報を得ることができます。尿路造影では造影剤によって腎臓から尿管、膀胱の情報を得る事が出来るようになります。

## 2. 造影剤の使用方法

造影剤は静脈から注射します。造影剤を注入する際には熱感を伴うこともありますが、一般的であり心配はいりません。

## 3. 副作用

最近の造影剤は昔のものに比べて副作用の頻度が低下し、その程度も軽くなってきましたが、時として以下のような症状の出現する場合があります。造影剤を使用した直後から症状のでる場合が大半ですが、希に遅れて症状が出現してくる場合もあります。

【特に問題とならない症状】

全身の熱感(体が熱くなるような感じ)

【軽 度】

体の一部に出る発疹、頭痛、倦怠感など

【中等度】

全身の痒み、蕁麻疹、吐き気、嘔吐など

【重 度】

呼吸困難、意識障害、ショックなど

検査中は万が一に備えて、万全の体制を備えて検査を行っていますので、安心して検査を受けてください。また、患者様の声は操作室にスピーカーで伝わるようになっていきますので、気分が悪いなど異常を感じたら、すぐに声をかけてください。

## 4. 造影検査後に注意すること

ヨード造影剤は尿として体の外へ排出されますので、検査後は普段より多めに水分を摂取することで、尿を出すように心がけてください。検査が終わって数時間から数日後に副作用が発現することがありますので、帰宅後も体調に変化が認められたり何か異常を感じたりしたら、速やかに当院に連絡のうえ来院してください。

# 承諾書

殿

わたくしたちは、造影CTの検査が必要なことについて医師から説明を受けましたので、それを受けることに同意いたします。

なお、このたびの検査に関連して、緊急の場合または医学上の立場から、処置の変更をする必要がある場合には、その処置を受けることについても同意いたします。

平成 年 月 日

本人 現住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

配偶者・親権者・その他親族( )

現住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)