

CT検査 同意書

患者ID _____

患者氏名 _____ 様

<<該当する番号に○をつけ署名をして、レントゲン室に提出して下さい。>>

- 1 CT検査を受けることに、同意します。
- 2 CT検査を受けることを、拒否します。

<< 1 に○をした方に伺います。>>

- ☐ 医学的根拠に基づく、造影剤の使用に同意します。
- ☐ 造影剤の使用は、拒否します。

令和 年 月 日

署 名 _____ (患者との関係)

(代理者の場合は、患者との関係も記入して下さい。)

※ 同意内容について、いつでも撤回することができます。

主治医 記載欄 (下記の項目を説明します。)

(CT用造影剤の副作用について)

- ☐ 軽い副作用
基本的に治療を要しない程度の吐き気・かゆみ・発疹など。 (5%以下)
- ☐ 重い副作用
呼吸困難・意識障害・血圧低下などで入院などの治療を必要とし、後遺症が発生する可能性がある。頻度は1千人に1人。 (0.1%)
- ☐ 死亡に至る副作用
頻度は約10万人～20万人に1人と報告され、病状や体質が原因と考えられる。
(0.0005%～0.001%)
- ☐ 遅発性副作用
検査終了後から数日後に発症する発疹・かゆみ・吐き気・むくみ・めまい・脱力感などの症状。必要に応じて治療を行います。
帰宅後副作用(上記症状等)がある場合は、受診してください。

副作用について、予見することは困難です。

検査説明日 令和 年 月 日 検査日 月 日

説明医師 科 _____

医療機関名 _____

連絡・問い合わせ先

市立秋田総合病院 TEL 018-823-4171

放射線科 内線 3400