

造影CT検査を受けられる患者様へ

氏名 様

生年月日： 年 月 日 生 性別：

予約時間： 年 月 日 () 時 分

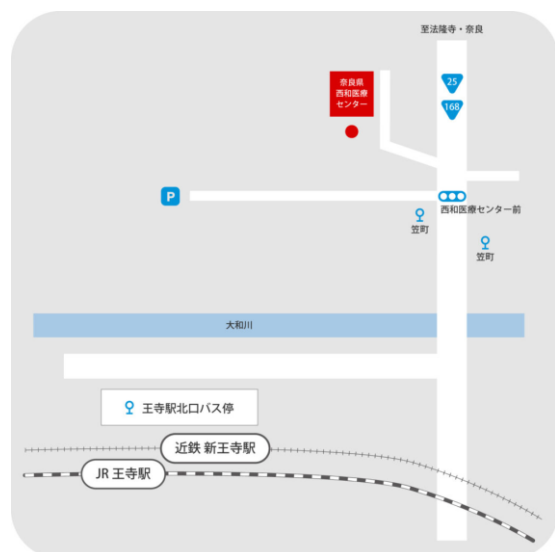
- ◆ 検査部位は () です。
- ◆ 上記予約時間の **15 分前**までにこの用紙と診察券をご持参の上、再来受付機を通り中央放射線部受付までお越し下さい。(但し、土曜日及び平日 17:30 以降のご予約の場合は、救急外来守衛室までお越し下さい。)
- ◆ 検査当日は **2 時間前より絶食**をお願い致します。

注意事項

- ・ 妊娠及び妊娠の可能性のある方は受付時（検査前）に必ず申し出て下さい。

変更・キャンセルの場合

- ・ 2 日前までは、ご紹介元のクリニックにご連絡下さい。前日から当日は、ご紹介元のクリニック及び中央放射線部までご連絡下さい。
- ・ ご不明な点がある方は、平日の 9:00～16:30 の間に中央放射線部までご連絡下さい。



■ マイナンバーカードの健康保険証の利用について
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

手術 麻酔 特殊検査 治療 内容説明・同意書

患者氏名： _____ 様 （生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）

に対する手術、麻酔、処置、特殊検査、治療につき、以下の内容をご理解の上ご署名下さい。

1. 症状または診断名： _____

2. 手術・麻酔・特殊検査・治療法の名称： _____

3. 実施予定日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 説明内容

1) 説明事項

- ① 病名・病態
 - ② 医療行為の目的・内容・必要性・有効性
 - ③ 合併症・偶発症の発生率（自施設または学会データに基づく）および偶発症発生時の対応
 - ④ 代替可能な方法、およびそれに伴う合併症・偶発症とその発生率 ※1
 - ⑤ 当該医療を行わなかった場合に予想される経過
 - ⑥ 治療費（各種公費医療制度、高額療養費制度等を含む） ※2
 - ⑦ 同意の撤回はいつでもできること、同意を撤回する時の連絡先
- ※1 最近の発生率等のデータがない場合があります
※2 治療費に関して詳しくお知りになりたい場合は医事課職員から説明いたします。

2) 患者さんの権利について

＜選択の自由について＞ この手術・麻酔・特殊検査・治療法を承諾されるかどうかは、あなたの意思が尊重されます。承諾されない場合でも、診療において不利益な扱いを受けることはありません。

＜セカンドオピニオンについて＞ 現在のあなたの病状や治療方針について、他の専門医の意見を聞くことも可能です。ご相談頂ければ必要な資料をご提供いたします。

＜同意の撤回について＞ 同意をされた場合でも撤回することができます。その旨を担当者へご連絡ください。
同意を撤回する時の連絡先（0745－32－0505 外来診療科または患者支援センター）

ご本人、および関係者の方に対して、前項の各事項を説明いたしました。

なお詳細については説明用補助資料に記載いたしました。

ご不明な点やご質問があれば遠慮なくお尋ねください。

連絡先：（ 0745－32－0505 外来診療科または患者支援センター ）

説明日時：西暦 年 月 日 時 分 ～ 時 分

説明場所： _____

説明医師：所 属 _____

氏 名 _____ (印もしくは署名 _____)

ご紹介元施設側 同席者 ☐ あり ☐ なし

同席者署名：(医師 ・ 看護師 ・ _____) _____

私は、上記事項について十分な説明を受け、さらに、質問する機会もあり、その内容に関して理解しました。その上で、上記 ☐ 手術 ☐ 麻酔 ☐ 特殊検査 ☐ 治療 を受けることを希望します。

また、医療者が適切かつ必要と認められる場合、同意した手術・麻酔・特殊検査・治療について追加・変更・中止がおこなわれることにも同意をいたします。

同意日：西暦 年 月 日

本人署名： _____

意識障害・病状・年齢等によりご本人に同意能力がない場合や署名困難な場合は代諾者が署名下さい。同意や署名が可能な場合でも未成年者の場合には代諾者の署名をお願いいたします。

代諾者署名： _____ (続柄： _____)

ご本人が成人であり同意の上でご署名された場合、代諾者の署名は不要ですが、同席者の署名をお願いいたします。

同席者署名： _____ (続柄： _____)

奈良県西和医療センター院長 殿

検査についての問診表

氏名 様

検査日 _____

1. これまでに造影剤を使用して検査を受けられたことがありますか。 ☐いいえ ☐はい
2. (はいの方) 当てはまる検査に○をつけてください。
CT 検査、尿路造影、胆嚢造影、血管造影、MRI 検査、その他 ()
3. (はいの方) 検査後あるいは帰宅してから副作用がでたことがありますか。 ☐いいえ ☐はい
かゆみ、蕁麻疹、吐き気、嘔吐、その他 ()
4. アレルギー体質やアレルギー性の病気・食べ物がありますか。 ☐いいえ ☐はい
5. これまでに飲み薬や注射液で具合が悪くなったことがありますか？ ☐いいえ ☐はい
薬剤名 ()
6. 今まで採血結果で腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか？ ☐いいえ ☐はい
7. 現在、気管支ぜんそくの治療中ですか？
また、過去に気管支ぜんそくと言われたことはありますか？ ☐いいえ ☐はい
8. 肝臓の機能が悪いと言われたことがありますか？ ☐いいえ ☐はい
9. 現在、糖尿病の投薬治療中ですか？ (お薬の名称:) ☐いいえ ☐はい
10. インスリンポンプや持続グルコース測定器(リブレ)を装着していますか。 ☐いいえ ☐はい
11. 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)または骨髄腫と言われたことがありますか。 ☐いいえ ☐はい
12. 現在、妊娠中または授乳中ですか。
☐いいえ ☐妊娠中 ☐授乳中 ☐わからない
13. 最近の身長と体重を教えてください。 _____ cm _____ kg
14. その他、質問があれば検査当日にスタッフにお尋ねください。

スタッフ確認用 担当者 _____、

ヨード造影剤の使用と副作用について

ID

氏名 様

検査予定日

今回あなたが受けられる造影 CT 検査はヨード造影剤を使用して行います。造影剤を使用することで、病気の有無や性状・範囲の診断が向上します。CT 検査に用いるヨード造影剤は広く使用され安全が確認された薬ですが、まれに副作用が出現することがあります。

主な副作用

即時型アレルギー：使用後数分で出現します。

軽度：吐き気、かゆみ、じんましんなど、 2. 5%未満。

重度：呼吸困難、血圧低下、意識障害等 数万人に 1 人程度。数十万人に 1 人程度は死亡することもあり、重篤な障害を残す可能性もあります。当院では緊急対応する設備を整え、万一の場合は最善の処置をいたします。

遅発型アレルギー：上記のような症状が数時間～数日以内に出現します。症状があった場合、当院までご連絡ください。

腎障害：腎機能の悪い方（Cr1.5～2.0 以上）はさらに悪くなったり、透析が必要となったりすることがあります。主治医と相談上、点滴や透析の上、使用することもあります。

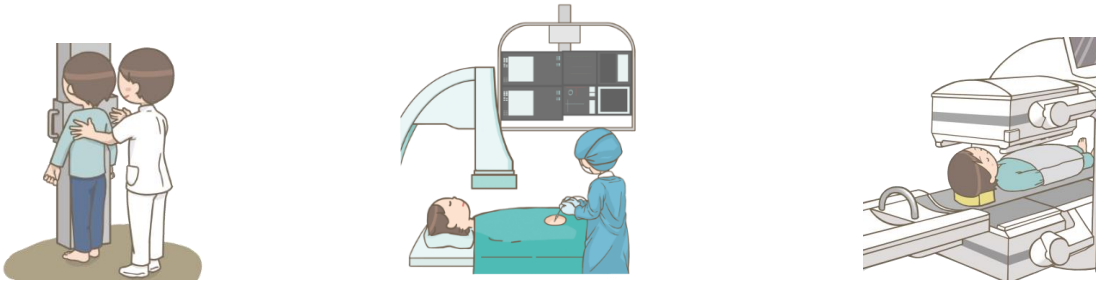
その他：注入時に身体が熱くなりますが、刺激によるもので心配ありません。まれに漏れて腫れや痛みを伴う場合がありますが、吸収され小さくなれば心配ありません。しかしもれた量が多いときは悪化し処置が必要となる場合があります。なお検査後の内出血は針を抜いた後の止血が不十分だった場合にでき、造影剤の漏れとは異なり自然に消失しますのでご安心ください。

※副作用が出た場合、状況によっては検査を中止することがあります。

これらの副作用は、予測は困難ですが、出現しやすい危険因子がわかっています。危険因子の確認のために、裏の質問に記入をお願いします。確認の上、造影剤を使用できるかの最終判断をいたします。

造影剤使用の必要性や副作用について、了解・納得いただければ、手術／麻酔／特殊検査／治療 内容説明・同意書にサインを記入ください。なお、サイン後も撤回は可能です。

奈良県西和医療センター中央放射線部では放射線(レントゲン)を使って検査や治療を行います。



医療で使う放射線は見えない病変を写し出すことができ、診療に必要なものです。

放射線は身体に影響があるとされていますが、下の2つの理由で安心して検査や治療を受けていただけます。



- ① 主治医は、あなたの病気やケガの正しい診断をするために、必要な検査や治療のみを行います。不必要な回数の放射線検査をすることはありません。
- ② 中央放射線部では、装置の点検管理を行い必要最小限の放射線で検査や治療ができるように努めています。不必要な量の放射線を使うことはありません。



* 疑問のある方は 奈良県西和医療センター中央放射線部まで
お問い合わせください。