

## 説明書・同意書の確認について

赤枠内の記載漏れ、不備等がないかご確認をお願いいたします。

説明日： 年 月 日

患者 ID : @PATIENTID 患者氏名 : @PATIENTNAME

### 造影 CT・静脈性尿路造影検査についての説明書

1. 診断名(病名および病状)および医療行為目的 ※記載必須項目

2. 医療行為内容

造影 CT・静脈性尿路造影検査

ヨード造影剤は、X 線を用いた各種検査で広く使用されています。静脈内に注射することにより、診断や治療に有用な情報を得ることができます。

3. 医療行為実施予定日時

@KENSADATE2 @KENSATIME1 ※自動入力

4. 医療行為に伴う副作用、危険性、合併症 ※説明後、□にチェックを記載する

- 造影剤の注射は、医師または医師の指示のもと看護師が行います。造影剤投与の際、血管外に造影剤が漏れることがあります。
- ヨード造影剤は比較的安全な薬剤と考えられますが、過敏症のために副作用が出現する可能性があります。また、投与開始より1時間～数日後であっても発疹などがあらわれることがあります。

[ヨード造影剤の副作用の発生頻度]

軽症(吐気、じんま疹など) 100～200 人に 1 人程度

重症(血圧低下、呼吸困難など) 1 万～2 万人に 1 人程度

死亡に至る副作用 数十万人に 1 人程度

- 患者さんが以下の場合、副作用が出現する確率が高くなります。
  - ① 気管支喘息で治療中あるいは気管支喘息と診断されたことがある  
気管支喘息の人では、重症の副作用が出る確率が、通常の人に比べて、約8倍になることが知られています。また、造影前にステロイド剤の点滴静注や内服にて、副作用の頻度が低下するという報告もありますが、まだ、その有用性は確立していません。
  - ② 以前、造影剤でアレルギー症状が出たことがある  
造影剤アレルギーのある人は、アレルギーの程度、症状にあわせて、慎重に造影検査について検討する必要があります。
  - ③ アレルギー性の病気や体質がある

- ④ 腎臓の働きが悪い  
腎機能が低下している人は、造影後に、更に腎機能が低下する場合があります。腎機能を保護する目的で、検査前後に点滴を施行する場合があります。
- ⑤ ビグアナイド系糖尿病薬を服薬中である  
ビグアナイド系糖尿病薬(商品名:メトグルコ、グリコラン、メデット、メルビン、ネルビス、メトホルミン、メトリオン、ジベトス、塩酸ブホルミン、ジベトンSなど)を服薬中の人は、造影後に、乳酸アシドーシスと呼ばれる重篤な副作用が出る場合があることが知られています。
- ⑥ 甲状腺機能亢進症がある  
コントロールされていない甲状腺機能亢進症の人は、造影後に甲状腺機能亢進の重篤な症状(クリーゼと呼ばれる)が出現する場合がありますので、造影は禁忌とされています。
- ⑦ その他の危険因子がある(褐色細胞腫、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー(低カルシウム血症))
- ⑧ (女性の方へ)授乳中である。現在、妊娠している、もしくは妊娠している可能性がある  
授乳中の場合には、造影後48時間の授乳を避けることをお勧めします。また、妊娠中の方への造影剤投与に関する安全性は確立していません。

※ 同意書が無い場合は、造影剤を使用しない検査のみ施行いたします。造影検査に同意されている場合でも、副作用が起きる危険性が高い患者さんについては検査担当医の判断で造影しないこともあります。

**上記の副作用、危険性、合併症について説明しました。 ※記載必須項目**

## 5. その他

※以下の患者さんは、主治医に必ずお知らせください。

- ① 気管支喘息で治療中あるいは気管支喘息と診断されたことがある
- ② 以前、造影剤でアレルギー症状が出たことがある
- ③ アレルギー性の病気や体質がある
- ④ 腎臓の働きが悪い
- ⑤ ビグアナイド系糖尿病薬を服薬中である
- ⑥ 甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー(低カルシウム血症)がある
- ⑦ (女性の方へ)授乳中である。現在、妊娠している、もしくは妊娠している可能性がある

**【必須記入事項(病院記載欄)】 ※以下を必ず記入してください**

ヨード造影剤アレルギーの既往 [ なし ・ あり ]  
気管支喘息の既往 (ありの場合は最終発作の時期)[ なし ・ 1年以上前 ・ 1年未満 ]  
\*最終の気管支喘息発作から 1年未満の場合は、造影CT検査施行時に、主治医(または当該診療科の医師)の立ち会いが必要です。

同意書

説明日: 年 月 日

主治医または説明医師(自署): ※フルネームを記載(記名押印不可)

同席者(自署): \_\_\_\_\_ (職種 \_\_\_\_\_)

小田原市立病院 病院事業管理者 様

私は、主治医または説明医師から、

**【@KENSADATE2※自動入力実施予定 造影 CT・静脈性尿路造影検査についての説明書】**  
の内容について十分に説明を受けるとともに質問する機会を得ました。そして、自由な意思に基づき、この検査、治療、あるいは処置等に対する意思表示を以下に示します。また、実施中の不測の事態に対して、医学的に必要な処置を行なうことも説明を受けました。

-----以下患者記載欄-----

\*説明された事項をご理解されましたら□にチェックしてください。

- 診断名(病名および病状)および医療行為目的
- 医療行為内容
- 医療行為実施予定日
- 医療行為に伴う副作用、危険性、合併症

**※すべてに☑が必要**

同意書記載日: 年 月 日

同意します

同意しません

患者本人(自署): \_\_\_\_\_

患者の代理人(自署): \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

同席者(自署): \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

※予定された検査・治療等を拒否した場合にも不利益になることはありません。

※一度同意書を提出しても、直前までは同意撤回書により同意を撤回することができます。

その場合は、医師やスタッフにご連絡ください。