ＣＴ造影診断承諾書（同意書）

大阪南医療センター院長　宛

安全なCT造影検査を行って頂くために以下の事項についてお尋ねいたします。

アレルギーの有無　　有り　・　無し　・　不明

造影剤使用歴　　有り　・　無し　・　不明

ヨード過敏の有無　　有り　・　無し　・　不明

クレアチニン値　　mg／dl　・　不明

同意事項

ＣＴ撮影を行う時に“非イオン性造影剤”を使います。
造影剤は、ＣＴ撮影をしている間、静脈内に注射されます。
造影剤を使用することでＣＴ検査診断の効果が上がります。
“非イオン性造影剤”は安全な薬剤ですが、場合によっては副作用が起こることもあります。医師やスタッフは、これらの副作用が起こった場合の治療の訓練を積んでいます。
副作用の種類は次のようなものです。

＊ 軽い副作用　：かゆみ、胃の不快感で治療は必要としません。
　　このような副作用の起こる確率は１％です。

＊ 重篤な副作用：息切れ、不整脈、ひきつけ、腎不全、意識喪失などの治療が必要な副作
　　用で、さらに有害となる可能性もあります。
　　重篤な副作用の起こる確率は０．０１７％です。

＊ 死亡　　：他の多くの薬剤と同様に、まれに造影剤により死亡することがあります。造影剤の注射により死亡する確率は０．００１％です。

検査における危険性を含め担当医師から説明を受け、この検査に同意します。

問診年月日　　年　　月　　日

患者様署名

貴院名

紹介医

放射線画像診断 依頼書と共にFAX下さい

大阪南医療センター　地域医療連携室　電話0721-50-4415　FAX 0721-50-4416