

CT検査における造影剤使用に関する同意書

※必須です。フルネームで署名してください。

施設名		医師※	
○同意書なしで造影検査許可の場合 (理由) <input type="checkbox"/> 理解不能 <input type="checkbox"/> 自署不能 <input type="checkbox"/> 数日以内に造影検査を行った(日前) <input type="checkbox"/> その他()			

検査予定日:令和 年 月 日 時 分頃

- 造影剤とは
 造影剤を使用する理由
 造影剤副作用の危険因子
○ 過去、造影剤で具合が悪くなったことはない(又は初めてである)
○ 気管支喘息、その他のアレルギー疾患に罹患していない
○ 重い腎臓病ではない
○ その他()
- 造影剤の副作用など危険性について
○ 即時型副作用
○ 遅発性副作用
○ 血管外漏出
- 緊急時の対応(副作用発現時)
○ 即時型副作用
- ※検査中は、放射線科医師、看護婦、放射線技師が常に近くに待機しており、緊急時に備えています。もし、重篤な副作用が出た場合は、主治医などとともに最善の対処を致します。
○ 遅発型副作用
- ※検査終了後、数時間～数日後に、造影剤の副作用と思われる症状などが現れた場合には、下記の受診科か放射線科へ御連絡ください。
連絡先: 国立病院機構 佐賀病院電話:0952-30-7141
診療時間内(平日8:30-17:15) 受診科、又は放射線科
診療時間外(上記以外の時間帯) 救急部

上記の説明に御納得頂けましたら、以下の同意書に御署名をお願い致します。

以下の()のいずれかに○印を記入してください。

() 同意:造影剤の使用に同意します。検査中の予期せぬ緊急状況が発生した場合、医師が必要と判断した処置を行うことにも同意します。

() 拒否:造影剤の使用を拒否します。造影剤を使用しなかったことによる結果に、ついて主治医、検査担当医、病院の責任を追及しないことに同意します。

佐賀病院長 殿

患者氏名 _____ :令和 年 月 日

保護者或いは代理人* _____

*本人が未成年者又は署名出来無い場合などに御記入ください