

- ・説明書は、依頼医療機関医師が検査に関する事項を患者さんに説明したうえで署名をしてください。
- ・同意書は、患者さんが説明を受けたうえで署名をしてください。

〔造影 CT 検査〕に関する説明と同意

説 明 書

1 【検査予約日】 年 月 日

2 【注意事項等】

検査の精度を保つため、別紙『〔造影 CT 検査〕に関するご案内』をよくお読みください。

3 【合併症や偶発症の有無やその程度】

造影剤による副作用（吐き気、嘔吐、咳、くしゃみ、発疹、かゆみ、咽頭・喉頭違和感といった軽度のものから、呼吸困難、血圧低下、死亡（25万～50万人に1人）といった重篤なもの）が発生する可能性があります。また造影剤により造影剤腎症（急性腎不全）を引き起こす場合があります。さらに放射線による被ばくがありますが、身体に悪影響を及ぼすことはありません。

私は、_____さんの検査について、上記のようにご説明いたしました。

年 月 日

医療機関名 _____

説明医師 _____

同 意 書

あて先 岐阜市民病院 病院長 殿

私は、上記の説明を受け理解しましたので、造影 CT 検査を受けること、および検査実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合、適宜処置されることについて

同意します 同意しません その他（ ）

※同意した後でも造影 CT 検査の中止は可能ですので申し出てください。

年 月 日

患者（又は代理人）氏名 _____ 続柄 _____

代理人住所(※) _____ 連絡先(※) _____

代理の同意の場合、(※)も記載してください。代理の同意となる事例は次のとおりです。

- ① 患者さんが意思を表明できない場合 ② 意思決定能力が無いと医師が認めた場合
- ③ 患者さんが未成年の場合

※ この用紙を検査当日、ご持参ください。