

患者番号		出力日	—		
フリガナ 患者氏名		診療科	—		
		課・室	医療連携室		
生年月日	年 月 日 歳	性別	男・女	出力者名	医療連携機関医師

〔説明要旨〕

多くの医療行為は、身体に対する侵襲（ダメージ）を伴います。通常、医療行為による利益が侵襲の不利益を上回りますが、医療は本質的に不確実です。過失がなくとも重大な合併症や事故が起こり得ます。医療行為と無関係の病気や加齢に伴う症状が医療行為の前後に発症することもあります。合併症や偶発症が起これば、もちろん治療には最善を尽くしますが、死に至ることもあり得ます。予想される重要な合併症については説明いたします。しかし、極めて稀なものや予想外のものもあり、すべての可能性を言い尽くすことはできません。こうした危険があることを了承した上で署名してください。

治療・検査等の名称：ヨード造影剤検査（造影CT）

胸部 胸部～腹部 胸部～骨盤 腹部 腹部～骨盤

骨盤 大腸 冠動脈（心臓） その他（ ）

病名：

検査日時（予定）： 年 月 日 時 分

I. 医療行為の目的と内容

1. ヨード造影剤とは

画像検査のために体の中に投与するお薬で、病気をよりはっきりと見やすくするために使用します。通常、肘の静脈から投与します。ヨード造影剤を用いることにより、あなたの病気の診断や状態をより明らかにし、今後の治療に役立てられることが期待されます。

II. 方法

通常、肘の静脈に注射して投与します。撮影方法や血管の状態によっては肘以外（腕や手の血管）から注射することがあります。

III. 医療行為に伴う危険性

1. ヨード造影剤の副作用

ヨード造影剤で約3%の方に何らかの副作用が認められますが、多くは吐き気・嘔吐・熱感・かゆみ・発疹などの軽度のもので、稀に呼吸困難やショックといった重い副作用を生じることもありますが、このような副作用で入院が必要になったり、後遺症が残ったりする頻度は約2.5万人に1人（0.0040%）と報告されています。また、非常に稀ですが、副作用で死亡することもあり、頻度は約40万人に1人（0.00025%）と報告されています。

副作用は検査中や検査直後に起きることが多いですが、数時間から数日後に副作用（頭痛、発疹、かゆみ、吐き気、めまいなど）が起きることもあります。

副作用の危険性は、以前にヨード造影剤で副作用のあった方、気管支喘息の方、アレルギー体質の方では高くなります。また、甲状腺の病気のある方では、症状が悪化することがあります。腎臓が悪い方では、腎臓の働きを悪化させるおそれがあります。

ヨード造影剤を注射する時に体が熱くなることがありますが、正常な反応で心配ありません。通常、注射が終了すると同時に、次第に消失していきます。

2. 合併症

針を刺すことによって、刺した場所の痛みやしびれが検査後も持続することがあります。頻度は軽症を含めると6,000人に1人（0.017%）とされています。

また、稀に造影剤が血管外にもれ、腫れや痛みを起こすことがあります。

患者番号	1 枚目参照	出力日	—
フリガナ 患者氏名		診療科	—
生年月日		課・室	医療連携室
		出力者名	医療連携機関医師

IV. ヨード造影剤を使用しない場合の予後等

病変を発見しにくくなることや、病変の状態がわかりにくくなる場合があります。
もし副作用や合併症が起きても適切な処置を行えるような準備をして、検査を行っています。造影剤について不明な点がある方、造影剤を使用したくない方は、ご遠慮なく申し出てください。

V. 本医療行為を拒否した場合

可能な範囲で最善の医療に努めます。

VI. 同意撤回

医療行為について同意した後でも同意を撤回することができます。ただし、医療行為が開始された後等、同意撤回が医学的にできない場合がありますので、詳細については、説明者（担当医師等）にご相談ください。

なお、同意が撤回された後でも準備等で発生した費用については、医療費に含まれる場合がありますので、ご承知おきください。

VII. その他

- ・ 医療行為に伴う合併症が生じた場合、入院治療を含めて適切な対応を行います。合併症に対する治療の医療費は患者さまのご負担となりますことをご了承ください。
- ・ 医療安全の確保を中心として写真や動画を撮影する場合がありますので、ご了承ください。
また、これらは学会や研究会等において使用する場合がありますが、すべての個人情報とは特定できないように処理されます。

VIII. 質疑応答

患者番号	1 枚目参照	出力日	—
フリガナ 患者氏名		診療科	—
生年月日		課・室	医療連携室
		出力者名	医療連携機関医師

検査名： 胸部 胸部～腹部 胸部～骨盤 腹部 腹部～骨盤 骨盤
 大腸 冠動脈（心臓） その他（ ）

検査日（予定）： 年 月 日

以上、私は、患者 様 の上記医療について説明致しました。

(西暦) 年 月 日

医療機関名：

医師：

北里大学北里研究所病院 病院長 殿

日付： (西暦) 20 年 月 日

私は、上記の説明を受け、質問する機会を得て、内容を理解しました。

私は、医療行為を受けることまた、上記の医療行為を行う上で必要な処置及び、上記の医療行為において予期されない状況が発生した場合には、それに対処する緊急処置を受けることに

同意します 同意しません

本人署名 (※患者本人のみが署名可能)

〈代理人記入欄〉

代理人署名 続柄

代理人現住所

代理人電話番号

〈医療者記入欄〉代諾・代筆理由

- 患者が意思を表明できないため
 患者が正常な判断能力を欠くため
 患者が未成年のため
 患者に同意を求めることが不相当と医学的に判断されるため
 その他 ※理由は必ず記載

理由：

(以下余白)