

（ 患者様控え ）

放射線検査を受けられる方へ

（放射線検査の必要性とその副作用）説明書

あなたの病気の存在または状態を明らかにし、治療方針を決めるために、放射線を利用した検査をおこないます。

検査に使用する放射線は必要最小限度の量であり、通常は人体に影響をおよぼしません。

1. 主治医は放射線検査によって得られる利益(病気の発見や状態を確認したり、病気を否定したりすること)および放射線検査による被ばくの影響(被ばくに伴うリスク)を常に考慮しています。
2. 主治医は、放射線検査の有益性が上回ると判断される場合のみ検査を依頼します。
3. 検査に使用する放射線は、年齢・体格等を考慮した上で、適切な量に管理しています。
4. 検査に使用する放射線は量が少量であり、統計学的にがんの発生率と明確な関係はありません。
5. 特殊な血管内治療など局所的に一定量を超えた放射線被ばくがあった場合に皮膚紅斑や白内障などを発生する事があります。
6. 放射線部門では被ばくを低減するために最適な検査方法を選択し管理しています。
また、検査毎の被ばく線量の記録、各検査装置の点検などによる品質管理を行い最適化に努めております。
7. 妊娠している方、妊娠の可能性のある方は、診察の際、主治医にお申し出下さい。
8. 放射線検査に不安を感じる方は、遠慮なく主治医にご相談ください。

放射線検査（ CT ・ 核医学 ） 検査予定日： 年 月 日

放射線検査を受けられる方へ

放射線検査の必要性とその副作用 説明・同意書

あなたの病気の存在または状態を明らかにし、治療方針を決めるために、放射線を利用した検査をおこないます。

検査に使用する放射線は必要最小限度の量であり、通常は人体に影響をおよぼしません。

1. 主治医は放射線検査によって得られる利益（病気の発見や状態を確認したり、病気を否定したりすること）および放射線検査による被ばくの影響（被ばくに伴うリスク）を常に考慮しています。
2. 主治医は、放射線検査の有益性が上回ると判断される場合のみ検査を依頼します。
3. 検査に使用する放射線は、年齢・体格等を考慮した上で、適切な量に管理しています。
4. 検査に使用する放射線は量が少量であり、統計学的にがんの発生率と明確な関係はありません。
5. 特殊な血管内治療など局所的に一定量を超えた放射線被ばくがあった場合に皮膚紅斑や白内障などを発生する事があります。
6. 放射線部門では被ばくを低減するために最適な検査方法を選択し管理しています。
また、検査毎の被ばく線量の記録、各検査装置の点検などによる品質管理を行い最適化に努めております。
7. 妊娠している方、妊娠の可能性のある方は、診察の際、主治医にお申し出下さい。
8. 放射線検査に不安を感じる方は、遠慮なく主治医にご相談ください。

説明日： 年 月 日

医療機関： _____

説明医師： _____

放射線検査の同意書

戸田中央総合病院 病院長殿

私は、上記内容の説明を受け、放射線検査を受けることに同意します。

同意日： 年 月 日

(患者本人) 氏名： _____

(代 諾 者) 氏名： _____

続柄〔 _____ 〕

※患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族(代諾者)の同意をもってこれに代えさせていただきます。

ヨード造影剤使用の問診・説明・同意書

造影検査予定日:

☐ CT ☐ 血管造影 ☐ 尿路造影 ☐ その他:)

問診および主治医によるチェックリスト

※今までにヨード造影剤を使用した検査をしたことがありますか？

☐ ある ☐ ない

(「ある」の場合:CT, 血管造影, 尿路造影, その他:)

【禁忌項目】

1. ヨード造影剤を使用した検査で、重篤な副作用(ショック、血圧低下など)

がありましたか？＜熱感を除く＞

☐ ある ☐ ない

(「ある」の場合、その症状を詳しく:)

2. 重篤な甲状腺疾患(機能亢進症など)がありますか？

☐ ある ☐ ない

【原則禁忌項目】

3. 気管支喘息(小児喘息を含む)といわれたことがありますか？

☐ ある ☐ ない

4. 重篤な腎機能障害がありますか？

☐ ある ☐ ない

5. 脱水や血圧低下など一般状態が極度に悪いですか？

☐ ある ☐ ない

【注意項目】

6. ヨード造影剤を使用した検査で、軽度な副作用(くしゃみ、吐き気、嘔吐、

じんま疹など)がありましたか？＜熱感を除く＞

☐ ある ☐ ない

(「ある」の場合:その症状を詳しく:)

7. 重篤な心障害がありますか？

☐ ある ☐ ない

8. 重篤な肝障害がありますか？

☐ ある ☐ ない

9. ビグアナイド系経口糖尿病薬(メトグルコなど)を内服していますか？

☐ ある ☐ ない

10. β -ブロッカー(降圧剤)を内服していますか？

☐ ある ☐ ない

コメント欄

(原則禁忌・注意項目があるが検査を実施する場合は、その理由と副作用発現時の連絡先を主治医が必ず記入)

日付:

主治医署名

説明書:ヨード造影剤使用の必要性和偶発症(一定の頻度で起こりうる合併症)

- あなたの病気の存在や状態を明らかにし、治療方針を決めるためにヨード造影剤という検査薬を使用した検査が必要です。
- ヨード造影剤は安全な薬ですが、注射により熱感が出る場合があります。また、体調や体質によって検査中および検査後数日の間に一時的な副作用の症状(くしゃみ、吐気、嘔吐、じんま疹など)が出る場合があります。(100人中3~4人)。
- まれに、症状により処置が必要になることや、ショックなど緊急処置の必要な重篤な症状が出ることもあります(1万人中4人ほど)が、そのために担当医は常に万全の対応策を整えていますのでご安心ください。
- 造影剤注射の偶発症として、造影剤の血管外への漏れや、神経障害による痛みが出現することがあります。

いったん同意書を提出しても、検査・治療を開始されるまでは、本検査・治療を受けることをやめることができます。御遠慮なくお申し出ください。

ID: \$\$患者コード\$\$ 氏名: \$\$患者氏名\$\$

ヨード造影剤使用同意書

戸田中央総合病院病院長殿

私はヨード造影剤使用の必要性和副作用などについて説明を受け、十分理解した上で、ヨード造影剤使用に同意いたします。

日付:

患者署名

(本人ができないときは代理人の署名)