

ヨード造影剤使用に関する説明

患者様氏名

検査日 20 年 月 日

【造影剤についての説明】

今回実施するX線検査（CTを含む）は ”ヨード造影剤” という薬の注射をして行う予定です。造影剤はX線検査で病気の有無や病気の性質・範囲といったことをより正確に評価するために用いられるものです。今回の検査では病気の有無や病気の性質・範囲をより正確に評価するために造影剤を使うことが必要と判断しています。しかし、造影剤を使うと稀に副作用が起こることがありますので副作用について説明を行い同意が得られ、なおかつ副作用の問診を行い、副作用の危険性が少ないと判断した場合に使用し

【副作用の種類は次のようなものです】

1. 軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹などです。検査の1日～2日後に発疹が現れることもあります。これらは治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で回復するものです。このような確率は、約100人につき5人以下です。
2. 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全などです。このような副作用は、入院の上治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。このような確率は、約6,000～9,000人につき1人です。
3. 症状、体質によっては約10～20万人につき1人の割合で、死亡する場合があります。
4. 造影剤を注射するときには
 - ① 体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配ありません。
 - ② 勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収されて心配ありません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもありますが、非常にまれです。

※ 当院では検査中、万一の副作用に対してもすばやく対応ができるようにした上で検査を行っています。もし変だと感じたら、ためらわずにすぐに教えてください。その他わからないことや、気になることがあれば検査担当者に申し出てください。

※ 造影検査は、誤嚥防止のため検査前の食事は摂らないでください。

※ 授乳中の方は検査終了後、24時間授乳をお避けください。

※ ビグアイド系糖尿病薬は検査後48時間内服を中止してください。但し、腎機能が低下している患者様（eGFR45未満）につきましては、ビグアイド系糖尿病薬は検査前48時間、検査後48時間内服を中止してください。

ご不明な点がございましたら、看護師にお尋ねください。

ヨード造影剤使用についての問診票

ID

患者様氏名

検査日 20 年 月 日

ない・ある・わからない のいずれかに○をして下さい

1. 妊娠の可能性がありますか？ [ない ・ ある ・ わからない]

2. 授乳中ですか？ [いいえ ・ はい]
検査終了後、24時間授乳をお避け下さい。

3. 今までに次の病気をいわれたことがありますか？

- ① 気管支喘息・アトピー [ない ・ ある ・ わからない]
② 腎不全 [ない ・ ある ・ わからない]
③ 甲状腺疾患 [ない ・ ある ・ わからない]

4. ビグアイド系経口糖尿病薬（一覧表参照）を服用していますか？ [いいえ ・ はい]
服用中の方は検査後48時間内服を中止してください。
但し、腎機能が低下している方（eGFR45未満）は、検査前48時間、検査後48時間
内服を中止してください。

5. 造影剤を使った検査を受けたことがありますか？ [ない ・ ある ・ わからない]

6. 上記で「ある」と答えた方で、検査を受けたときに副作用がありましたか？
[なかった ・ あった ・ わからない]

7. 過去1週間以内に、バリウムを用いた胃や大腸の検査を受けたことはありますか？
[ない ・ ある ・ わからない]

8. 【医師および紹介医療機関の先生へ】 過去3ヶ月以内の値をご記入ください

血清クレアチニン値	mg/dl	e G F R値	ml/min/1.73m ²	
測定日（	年	月	日）	☐ 腎機能検査をせずに緊急造影検査を実施

記入日 年 月 日

ヨード造影剤使用に関する同意書

CT造影剤使用に関する説明の用紙を用いて

20 年 月 日 以上説明いたしました。

造影剤の使用 (可 ・ 不 可)

医師署名： _____

同席看護師署名： _____

【同意書作成日・署名】

上記の説明により必要な場合には、造影剤を使用した検査を受けることについて理解できました。また、上記検査を実施中にその他の処置が必要となった場合についても、合わせて承諾いたします。

☐ 私は、造影剤を用いたCT検査を受けることに同意します。
(同意された場合でも、いつでも撤回することができます)

(同意) 20 年 月 日

患者署名 _____

代理人署名 _____ 続柄 ()

☐ 私は、造影剤を用いたCT検査を受けることに同意しません。

(拒否) 20 年 月 日

患者署名 _____

代理人署名 _____ 続柄 ()