

# CTの造影剤使用に関する説明

今回実施する造影剤を用いた検査は、より正確な診断をし、今後の治療に役立てることが出来ます。また、疾患によっては造影剤を使用しないと見つからない病気もあります。

一般には安全な薬ですがまれに副作用を生じることがありますので、担当医から説明をさせていただき、患者さんの自由意志による同意を得た上で造影検査を行いたいと考えております。

担当医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問して納得され、造影検査の実施に同意される場合は同意書の上、検査時にこの同意書をお持ちください。

お持ちになった同意書は撮影担当の放射線技師にお渡しください。

## 1. 造影剤とは

CT用の造影剤は、ヨード製剤です。ヨード過敏症の方は申し出てください。  
造影剤を静脈から注射します。

## 2. 造影剤を使用する前に

以下の方は検査前に主治医にご相談してください。

- ・ 以前に造影剤検査で具合が悪くなったことがある
- ・ 気管支喘息やアレルギー体質と診断されたことがある
- ・ 腎臓の働きが悪い、あるいは腎臓の病気がある
- ・ 糖尿病薬を内服している
- ・ 甲状腺の病気がある
- ・ 妊娠中、あるいは妊娠の可能性がある
- ・ 授乳中である

## 3. 造影剤の副作用

- ・ 100 人に1人以下の割合で、吐き気・嘔吐・皮膚症状(かゆみや蕁麻疹など)・くしゃみ・めまいなど、軽い症状が出ますが一過性で治療の必要がありません。
- ・ 1万人に5人以下の割合で、血圧低下・呼吸困難・ショックなどの重い副作用が起こることがあります。
- ・ 極めてまれですが死に至る報告があります。
- ・ 以前、造影剤を使った際に副作用が出ていなくても、今回の検査で副作用が出ないとは限りません。
- ・ 造影剤の注入中は、からだが熱くなってきますが時間が経てば落ち着きます。
- ・ その他に、痛みやかゆみ・気分が悪くなったら、すぐに申し出てください。

### 【ビグアナイド系糖尿病薬を内服中の方へ】

ビグアナイド系糖尿病薬内服中の方は、重い副作用が生じる場合がありますので、検査後 2 日間は休薬していただきます。

## 4. 緊急時の対応

- ・ 検査中は放射線科医師・放射線技師・看護師が常におりますので、万が一の場合には迅速に対応し、担当医と連携し最善の対処をいたします。
- ・ 検査終了後、数時間から数日後に上記副反応症状や異常が出る場合があります。症状が出たら病院にご連絡ください。

## 5. 造影検査を受けたくなくなった場合

- ・ 検査前でしたらいつでも承諾を取り消せます。その場合、造影剤を用いない検査を受けることも出来ます。
- ・ 検査当日になって体調の変化などで造影検査を受けたくない場合は、放射線技師または看護師にお申し出ください。

( ID )

## CT 検査造影剤使用に関する同意書

私は、患者 \_\_\_\_\_ 様に対して

医療行為 : 造影剤使用

検査予定日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

の必要性、危険性、および合併症などについて前項のように説明いたしました。  
問診表等の結果より造影剤の使用を許可します。

ご提示した医療行為の必要性、危険性、合併症、またその医療行為を行わない場合に  
予想される経過をご理解いただけましたでしょうか。

わからないことは説明者にご質問ください。希望があればお伝えください。

ご承諾いただければ、この医療行為を行うことに同意をお願いします。

また、この同意はこの医療行為を行う前であれば、いつでも取り消すことができます。

説明日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医師 \_\_\_\_\_ ⑩

看護師 \_\_\_\_\_

立会者 \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ 様 は「ビグアイド系糖尿病薬」を服用されているため、  
次の期間、「ビグアイド系糖尿病薬」を休薬してください。

[ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

※検査後 48 時間(2 日後まで)は休薬となります。例)9/15 検査→9/15~9/17 休薬、9/18 服用再開

- \_\_\_\_\_ 様 は「ビグアイド系糖尿病薬」を服用されていません。

私は前項に記載された内容の説明を受け、この医療行為を行うことに同意します。

またこの医療行為実施上必要な処置および制約についても併せて同意します。

その他希望があれば申し出ます。

東京北医療センター センター長 殿

署名日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者署名 \_\_\_\_\_

家族署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

付添者署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

代筆の理由 : 書字困難 ・ 意識障害 ・ 未成年 ・ その他 \_\_\_\_\_

ID 氏名 様 検査日 年 月 日

## 問 診 票

- ① 今までに甲状腺の病気をされたことはありますか？  
 いいえ  はい (病名: \_\_\_\_\_)
- ② ビグアナイド系糖尿病薬を内服していますか？  
 いいえ  はい
- ③ 過去に造影剤を用いた画像検査をうけたことはありますか？  
 いいえ  はい 《 CT MRI 腎尿路検査 血管造影 》
- ④ (③で「はい」と答えたかた)副作用はありましたか？  
 いいえ  はい 《 発疹 吐き気 かゆみ  
その他( \_\_\_\_\_ ) 》
- ⑤ 腎臓の病気や治療、人工透析をされていますか？  
 いいえ  はい
- ⑥ 今までにアレルギー性の病気を指摘されたことや、アレルギー体質などはありますか？  
 いいえ  はい
- ⑦ (⑥で「はい」と答えたかた)該当項目を選択してください  
 ヨードアレルギー  気管支喘息  花粉症  アトピー  アレルギー性鼻炎  
 薬のアレルギー( \_\_\_\_\_ )  
 食物によるアレルギー( \_\_\_\_\_ )
- ⑧ 気管支喘息ありの方は、いつ治療しましたか？  
 現在治療  過去に治療歴あり【 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ まで治療】
- ⑨ (女性のみ)妊娠もしくは妊娠の可能性はありますか？  
 いいえ  はい
- ⑩ 検査に必要となります、体重を教えてください \_\_\_\_\_ Kg

**Cre 値** \_\_\_\_\_

**eGFR 値** \_\_\_\_\_

[ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日現在]

\*検査日から3か月以内の値をご記入ください。