

造影 CT 検査を受けられる患者様へ

【造影剤の説明】

今回お受けになる検査では、ヨード系造影剤という検査薬を使用します。造影剤はより正確な診断を行うために用いますが、下記のような副作用が起こることもあります。

- 軽い副作用：吐き気、動悸、かゆみ、くしゃみ、発疹、注射部位の痛みなどです。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。このような症状が発生する頻度は、100人につき5人以下です。
- 重い副作用：呼吸困難、意識障害、ショックなどです。このような副作用は、特別な救命処置と入院が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。このような重篤な副作用が発生する頻度は、約2.5万人につき1人です。
- 遅発性副作用：検査終了数分後から数日後にかけて副作用（発疹、掻痒感、吐き気、脱力感、むくみ、めまい）が現れることがあります。通常は自然に回復します。
- 病状・体質によっては約40万人に1人の割合で死亡する場合があります。
- 造影 CT 検査で造影剤を注入する時には、体が熱くなることがありますが、造影剤による一時的な刺激であり心配ありません。
- 造影 CT 検査では、血管外に造影剤の一部が漏れることがあり、注射した部位が腫れたり、痛みを伴うこともあります。ほとんどの場合は時間がたてば自然に吸収されますので心配ありませんが、漏れた量が非常に多い場合には処置が必要となることもあります。
- **禁忌事項：以下に該当する方には原則、投与できません。**
 - ・ ヨード造影剤（ヨード）過敏症、気管支喘息、重篤な甲状腺疾患、
 - ・ ビグアナイド系糖尿病薬服用中
- 造影剤を使用した方が患者様にとって有益と判断して造影検査を行います。不明な点があれば医師にご相談ください。

患者様には造影剤の必要性和危険性をよく理解して頂いた上で安全に検査を行うために、別紙の同意書（兼問診表）にご署名を頂いております。同意書（兼問診表）を検査当日放射線科受付にお渡しください。

お答えの内容や検査当日の患者様の状態、あるいは検査依頼内容によっては、当日放射線科医師が判断し造影剤を使用しない場合もありますのであらかじめご了承ください。

問診を行って依頼医の署名の上、申込時にFAXしてください
患者様が検査当日、原本を持参してください

造影CT検査（ヨード造影剤）に関する問診表

（市立豊中病院記入欄）

予約日	年	月	日

氏名：

生年月日：

ID

1. これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか。
☐なし ☐あり →☐CT ☐MRI ☐尿路造影 ☐胆道造影 ☐血管造影 ☐その他（ ）
→「あり」の場合（そのとき「帰宅後も含めて」）副作用がありましたか
☐なし ☐あり →☐吐き気 ☐嘔吐 ☐発疹 ☐くしゃみ ☐呼吸困難 ☐胸痛 ☐血圧低下
上記以外も含め具体的に→（ ）
2. 気管支喘息、甲状腺機能亢進症（バセドウ病）、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患で治療を受けたことがありますか。
☐なし ☐あり（具体的に（ ））
3. アレルギー性の病気や体質がありますか。
☐なし ☐あり
あれば→ ☐気管支喘息 ☐じんま疹 ☐アレルギー性鼻炎 ☐花粉症 ☐アトピー
☐その他（ ）
4. 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことはありませんか。
☐なし ☐あり →内容（ ）
5. 腎臓の病気あるいは機能が悪いと言われたことはありませんか。
☐なし ☐あり →内容（ ）
6. 経口糖尿病薬を服用していますか。※薬名の記載もお願いします。
☐なし ☐あり →内容（薬名）（ ）
7. 心臓の薬を服用していますか。※薬名の記載もお願いします。
☐なし ☐あり →内容（薬名）（ ）
8. 現在の体重・身長をお聞かせください（造影剤の使用量決定に必要です）。

kg

cm

【説明・問診医師署名欄】

上記患者に対して検査および造影剤使用の目的について説明し問診を行いました。

問診日： 年 月 日

（施設名） 医師（署名）

◆患者様は検査当日、下記同意書に署名して予約票と一緒にこの用紙をお持ちください。

造影検査に関する同意書

私は現在の病状、造影検査について医師から説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに

☐ 同意します。 ☐ 同意しません。

記入日： 年 月 日

患者本人署名（ご本人のみ記入してください。）

患者側同席者署名（続柄： ）*複数人同席していた場合は、欄外に記載してください。

【患者本人が署名出来ない場合】

代筆者による患者署名（本人の口頭同意に基づき、代筆者が記入）

（代筆者氏名）（続柄： ）

*代筆が必要な理由：（ ）

代諾者署名（続柄： ）

*代諾が必要な理由：（ ）

※造影剤に関する不明な点や、造影剤を使用したくないという場合には、同意書にご署名された後でも、遠慮なく医師、看護師にお申し出ください。