

< C T 造影剤使用に関する説明及び同意書 >

登録番号： _____

氏 名： _____ 生年月日： _____ 性別： _____

検査日時： _____

○造影剤について

今回のX線検査では造影剤（ヨード製剤）を使用して検査を行います。

造影剤は病気（腫瘍など）の有無や病気の性質、範囲を正確に確認するために用いられます。

使用するにあたってご本人の同意が必要です。喘息で治療中、高度の腎機能障害、妊娠中、以前に造影剤で重篤な副作用があった方には原則として造影剤は使用しません。

○副作用について

一般のお薬と同様で造影剤にもまれに副作用が起こることがあります。これらの副作用は予測不可能で、以前に造影剤で副作用がなかった方でも生じることがあります。

[軽度] 蕁麻疹、くしゃみ、かゆみ、頭痛、吐き気、嘔吐など 約 5%（約 100 人に 5 人）

[重度] 呼吸困難、ショック、意識障害、血圧低下、心停止 約 0.1%未満（約 1000 人に 1 人未満）

※非常に稀に病状、体質によっては 10 万人～20 万人に 1 人の割合で死亡に至る場合もあります。

[遅発] 造影検査終了後、数時間～数日後にも「遅発性副作用」が発症する可能性があります。

もし気分不良や発疹またアレルギー症状が見られた場合は、当院へ連絡し相談して下さい。

※当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

問診票

1) 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか なし・あり (C T M R I その他)

1) でありの方 その時、帰宅後も含めて何か異常はありましたか なし・あり ()

2) 以下の既往歴がある方は○をつけて下さい

なし 喘息 (治療中・治療していない) アトピー アレルギー ()

3) 腎臓の病気で機能が悪いと診断されたことがありますか なし・あり ()

4)腎機能把握のため記入お願いします eGFR _____ ml/min/1.73 m² 測定日 _____ (三か月以内有効)

※eGFR < 45ml/min/1.73 m² 及び未記載の場合は、造影不可とさせていただきます

5) 現在糖尿病の薬を服用していますか いいえ・はい (薬品名 _____)

※ビッグアナイド系糖尿病用薬は検査前後 48 時間の内服の一時中止が必要です

6) 以下の病気及び疑いといわれたことがありますか (造影剤原則禁忌) いいえ・はい (病名 _____)

(甲状腺機能亢進症 骨髄腫 マクログロブリン血症 テタニー 褐色細胞腫)

7) (女性の方) 現在妊娠・授乳の可能性ありますか いいえ・はい (造影剤使用後 48 時間授乳を避けて下さい)

説明された内容について分からないことがある場合は、ご遠慮なく担当医師に質問して下さい。

同意書を頂いた後でも、いつでも質問をお受けいたします

説明医師欄 説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師氏名： _____

私は造影剤を使用した検査に関してその必要性と副作用の可能性について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。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 自署： _____

代理人自署： _____ (続柄： _____)

※同意された後でも検査直前まで撤回することができます。