

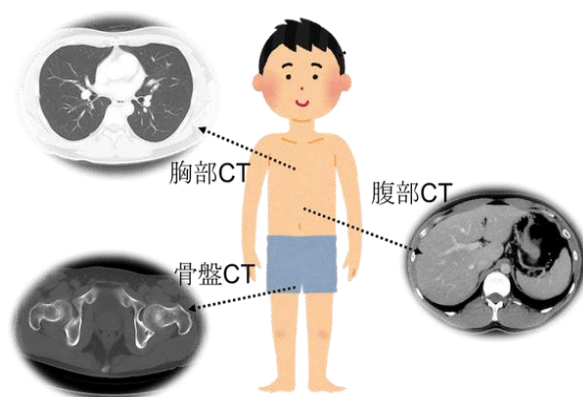
造影剤使用に関する説明書

(CT：腹部・胸部、尿路造影、胆のう・胆管造影等)

【 造影剤検査について 】

検査を行う上で、より詳しい画像情報を得る為に用いる検査用薬剤です。主に静脈内注射で投与します。
CT 検査では、造影剤を使用するメリットとして、コントラストがついて病変が見やすくなり、より正確に診断することが可能となります。

- 腹痛の精査
- 腹部の腫瘍の精査（肝臓がん、膵臓がん、腎がんなど）
- 腸管虚血の有無
- 胸部 X 線で肺腫瘍の可能性が指摘されている場合
- 胸部単純 CT で腫瘍が指摘されている場合
- 血管の病変 など



【 副作用について 】

造影剤を使用する事で副作用が出現する場合があります。
今までの検査で副作用がなかった方も、下記の副作用が出現する可能性があります。

副作用が現れた場合、最善の処置を施しますので、気分不良や違和感がありましたら遠慮せずに申し出てください。

1. 造影剤アレルギー

- ① 軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、むくみ、くしゃみ、発疹などです。これらの症状は、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、発生確率は約1～2%（100人に2人以下）です。
- ② 重い副作用：アナフィラキシーショック、呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全等です。このような副作用は、通常治療が必要で、入院が必要となる可能性があり、発生確率は約0.004%です。
- ③ 病状や体質により死亡例の報告があり、発生確率は約0.00025%（40万人に1人）です。
- ④ 今までに造影剤による副作用が出たことがある方、高度腎機能障害のある方、喘息、アトピー、花粉症、食物アレルギー等のアレルギーがある方は造影剤の副作用が出やすい（5～11%）と報告されています。

2. 検査で使用する造影剤により造影剤腎症を生じる可能性があります。時には、不可逆的な腎不全に陥ることもあります。※検査前の腎機能検査結果により、検査前に点滴をしたり検査ができない場合があります。

3. 副作用は、即時性・遅発性に出現する場合があります。

◆即時性：造影剤使用直後に生じるもの

- ① 造影剤を注入すると、一時的に身体が熱くなりますが、正常な反応ですので心配ありません。
- ② 造影剤が血管の外に漏れて痛みを伴うことがありますが、時間と共に吸収されます。腫れが強い場合は処置が必要となることもあります。

◆遅発性：造影剤使用後数1時間から数日以内に生じるもの

- ① まれに倦怠感、頭痛、じんま疹などがでることがあります。このような症状が現われた場合は、当院へご連絡ください。その際、いつ、どのような検査で造影剤を注射したかをお話ください。腎機能の低下している方はさらに悪化する可能性があります。

造影剤使用についての問診票

造影剤検査に同意した方は、下記の質問にお答えください。

質問の回答項目に○、また適した言葉を○で囲み、()には具体的な言葉を記入してください。

1	今まで造影剤検査で副作用を経験したことがありますか？		初めてなのでわからない
			なし
			あり
「あり」と答えた方： いつ頃 () 検査名 () 症状： 発疹 ・ かゆみ ・ 嘔気 ・ 嘔吐 ・ 血圧低下 ・ その他 ()			
2	ヨード過敏症と言われたことがありますか？		わからない
			なし
			あり
3	気管支喘息はありますか？（小児喘息は除く）		なし
			あり
		「あり」と答えた方： 現在治療中 ・ 現在治癒している ・ その他 ()	
4	アレルギーはありますか？		なし
			あり
		「あり」と答えた方： アトピー ・ アレルギー性鼻炎 ・ 薬剤 () 食べ物 () ・ その他 ()	
5	重症な甲状腺の病気はありますか？		なし
			あり
6	重症な腎臓病はありますか？		なし
			あり
7	下記の疾患について、該当するものに○をしてください () 急性膵炎 () 重症な心疾患 () 重症な肝障害 () 多発性骨髄腫 () テタニー () 褐色細胞腫およびその疑い () マクログロブリン血症 () すべてに該当しない		
8	糖尿病薬（ビクアナイド系）を使用していますか？		なし
			あり
9	身長は () c m		
10	体重は () k g		

質問は以上です。 何かご質問があればお申し出ください。

※腎機能確認

Cr _____mg/dl

eGFR _____

造影剤使用による検査同意書

1. 検査予定日時 年 月 日 () 時 分～

2. 別紙説明書

☐ 造影剤使用に関する説明書

上記説明書に沿って説明し、納得のうえ同意を得られたことを確認しました。

説 明 日 年 月 日

説明医師署名 _____

同意について

☐ 同意します	☐ 同意しません
上記の説明を受けその内容を理解しましたので、造影剤検査を受けることに同意します	上記説明を受けましたが、造影剤の使用に同意できませんので使用しないでください。また、今回の造影剤検査を行わないことにより不利益を受けることがあることも理解しました

☐ 説明書および同意書の複本を受領しました。

年 月 日

本 人 署名 _____

代理人署名 _____ (続柄 _____)

★その他わからないことや、気になる事がございましたらお申し出ください。