

(患者様用)

## 造影剤検査を受けられる方へ

検査名:

検査日:                    年            月            日

以下の事項をよくお読みの上、造影剤の使用に同意頂けるようでしたら、同意書に署名をお願い致します。**同意が頂けない場合は、造影剤検査は中止と致します。**

検査の目的によっては、水溶性ヨード造影剤(CT/静脈性尿路検査用など)またはガドリニウム造影剤(MRI用)の静脈または動脈内投与を必要とする場合があります。「造影剤」とは検査用の薬剤です。検査により、当院ではジェネリック製剤も使用しております。造影剤を注射してX線検査、CT検査及びMRI検査をすることで血管、臓器などを鮮明に写し出し、より詳しい画像情報を得ることができます。基本的には安全な薬ですが、投薬の際一定の頻度で次のような副作用が生じることが知られています。

### 1、軽い副作用：かゆみ、発疹、発赤、悪心、嘔吐

これらが起こる確率は、約100人につき1人、すなわち1%前後の頻度で起こりますが、通常は特に治療を必要とせず、検査当日でほぼ治ります。

### 2、重篤な副作用：血圧低下(ショック)、呼吸困難、意識障害

起こる確率は、約1万人につき5人以下つまり0.05%以下とわずかですが、治療が必要で入院が必要なこともあります。

他の多くの薬剤と同様に非常に稀ですが、病状、体質、によっては約100万人に1人の割合(0.001%)で死亡例の報告もあります。当院では、万が一重篤な副作用が起きた場合でも迅速に救急処置が行える体制の下で検査を行っております。

### 3、遅発性副作用：頭痛、吐気、かゆみ、発疹

1時間から数日で発生することがあります。その際には、医師または受診科にお申し出ください。時間外、夜間でも救急外来にて対応いたします。

また、造影剤を注射する時には、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。勢いよく造影剤を注入する場合には、血管外に造影剤が漏れることが稀にあります。この場合、注射部位が腫れて痛みを伴うことがありますが、基本的には時間がたてば吸収されて心配ありません。漏れた量が多い場合には、別な処置が必要な場合があります。

検査終了後には、造影剤の排泄促進の為、水分は多めに摂取してください。喘息等のアレルギーがある場合は、通常より副作用の出現する確率が高くなりますので医師にご相談ください。

千葉愛友会記念病院  
〒270-0161 千葉県流山市鰯ヶ崎1-1  
TEL：04-7159-1611(代表)

(カルテ添付用)  
造影剤検査問診票と同意書

検査名:

検査日: 年 月 日

## 造影剤検査問診表

検査をできるだけ安全に行うために、以下の質問にお答えください。

- 今までに造影剤を用いた検査を行ったことがありますか？  
なし あり ⇒ CT、MRI、腎臓検査、胆のう検査、血管造影( )
- 1で、ありと答えた方にお聞きます。そのとき副作用はありましたか？  
なし あり ⇒ 発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他( )
- 喘息(ぜんそく)、アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？  
なし あり ⇒ (種類: )
- 糖尿病はありますか？  
なし あり ⇒ 内服薬 なし あり  
「ビグアナイド系」薬剤内服 ⇒ なし あり (薬剤名: )  
※ 検査時、ビグアナイド系薬剤は医師の指示に従って内服の一時中止が必要となります。
- 心臓病、腎臓病などの以下の病気がありますか？  
なし 心臓病 高血圧 腎臓病 透析中  
けいれん 多発性骨髄炎 重症甲状腺機能亢進症
- 女性のみお答えください。 現在、妊娠していますか？  
いいえ はい わからない

## 造影剤検査同意書

千葉愛友会記念病院 院長殿

私は上記検査における造影剤の使用に関して、医師より説明を受けその必要性を理解いたしましたので、造影剤検査を受けることに同意します。

はい いいえ (どちらかを○で囲んでください)

患者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

ご本人が署名できない場合及び未成年者は、親族などの代理人が署名してください。

代理人署名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

「ビグアナイド系」薬剤内服 なし あり ⇒ 休薬指示 未 済

確認日: 年 月 日

医師署名 \_\_\_\_\_

(患者様用)

## 造影剤検査問診票と同意書

検査名:

検査日: 年 月 日

### 造影剤検査問診表

検査をできるだけ安全に行うために、以下の質問にお答えください。

1、今までに造影剤を用いた検査を行ったことがありますか？  
なし あり ⇒ CT、MRI、腎臓検査、胆のう検査、血管造影( )

2、1で、ありと答えた方にお聞きます。そのとき副作用はありましたか？  
なし あり ⇒ 発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他( )

3、喘息(ぜんそく)、アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？  
なし あり ⇒ (種類: )

4、糖尿病はありますか？  
なし あり ⇒ 内服薬 なし あり  
「ビグアナイド系」薬剤内服 ⇒ なし あり (薬剤名: )

※ 検査時、ビグアナイド系薬剤は医師の指示に従って内服の一時中止が必要となります。

5、心臓病、腎臓病などの以下の病気がありますか？  
なし 心臓病 高血圧 腎臓病 透析中  
けいれん 多発性骨髄炎 重症甲状腺機能亢進症

6、女性のみお答えください。現在、妊娠していますか？  
いいえ はい わからない

### 造影剤検査同意書

千葉愛友会記念病院 院長殿

私は上記検査における造影剤の使用に関して、医師より説明を受けその必要性を理解いたしましたので、造影剤検査を受けることに同意します。

はい いいえ (どちらかを○で囲んでください)

患者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

ご本人が署名できない場合及び未成年者は、親族などの代理人が署名してください。

代理人署名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

「ビグアナイド系」薬剤内服 なし あり ⇒ 休薬指示 未 済

確認日: 年 月 日

医師署名 \_\_\_\_\_