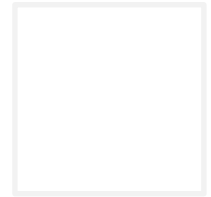


\*\*\*\*\*

### 【CT 造影検査にて造影剤を使用される患者さんへ】



この造影剤の説明をお読みになり納得頂けましたら、検査を安全に行うために別紙問診票と下記同意書をご記入ください。ご不明な点はお尋ねください。

#### ◎造影剤とは

X線検査で病気の有無や、病気の性質、範囲といったことをより正確に評価するために用いられるものです。造影剤を使用するかどうかは、主治医・担当医の依頼に基づき、専門の放射線科医師または検査担当医が判断します。

#### ◎造影剤の副作用について

※使用する造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が現れることがあります。副作用の頻度および内容について記載します。

- 1) 軽い副作用；吐き気・嘔吐・動悸・頭痛・かゆみ・発疹 など  
・・・このような副作用が起こる確率は、100人につき5人以下、つまり5%以下です。
- 2) 重い副作用；呼吸困難・意識障害・血圧低下 など  
・・・このような副作用が起こる確率は、1千人につき1人、つまり0.1%です。
- 3) 病状・体質によっては約10～20万人につき1人の割合で死亡例も報告されています。

#### ◎合併症、偶発症など

造影剤の副作用ではありませんが、注入時に造影剤が血管外に漏れることがあります。CT では造影剤を自動注入器で高速注入（1～5ml/秒）するため、漏れた場合には比較的少量の造影剤が漏出する可能性があります。少量の場合は処置を必要とせず自然に吸収されますが、多量の場合は時に血行障害をきたすため、切開等の手術が必要になることがあります。

※造影剤が体内に入っていくと、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。  
※当医療センターでは検査中、スタッフが患者様の様子を観察し、万一の副作用に対してもすばやく対応ができるようにした上で検査を行っています。造影剤投与後、上記副作用症状や刺入部の痛みを感じたらためらわず、直ぐにお知らせ下さい。

#### ◎検査後

ご帰宅されてから、ごく稀ですが上記症状が出る場合があります。もし何かありましたら、霧島市立医師会医療センター（0995-42-1171）までご連絡ください。

\*\*\*\*\*

### 【CT 造影検査同意書】

- 造影検査を受けることに同意いたします。
- 造影検査を受けることに同意しません。

年 月 日

本人（署名）： \_\_\_\_\_

代諾者（署名）： \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、同意もしくは同意しないことを確認しました。

\_\_\_\_\_年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_ 説明医師： \_\_\_\_\_（署名）

\*\*\*\*\*

### 【CT 造影検査（ヨード系造影剤）のための問診表】

#### 受診者様記載欄

	受診者氏名	様
次の内容についてお答え下さい。	記載日	年 月 日
① 以下の病気をもっていますか？ . . . . . (あり なし) ありの場合いずれかに○（心臓病・腎臓病・重篤な甲状腺機能障害・重篤な肝機能障害）		
② これまでに気管支喘息をいわれたことがありますか？ . . . . . (あり なし) ありの場合 5 年以内に気管支喘息の治療を受けたことがありますか？ . . (あり なし)		
③ 薬剤によるじんましんなど、アレルギー疾患をいわれたことがありますか？ . . . . . (あり なし) ありの場合；その具体的な内容（_____）		
④ これまでに造影剤を使用したことがありますか？ . . . . . (あり なし) ありの場合；その際副作用などの異常はありましたか？ . . . . . (あり なし) 副作用ありの場合；その具体的な内容は？（_____）		
⑤ 糖尿病はありますか？ . . . . . (あり なし) ありの場合；下記のピグアナイド系糖尿病を飲んでいますか？ . . . . . (あり なし) メトグルコ錠・グリコラン錠・エクメット錠・シベトス錠・シベトン S 腸溶錠・ メタクト錠・メトホルミン塩酸塩錠・イニシンク錠・メトアナ錠・プホルミン塩酸塩錠		
⑥ ICD（埋込型除細動器）やリブレ（血糖値測定器）を装着していますか？ . . . . . (あり なし)		
⑦ 女性のみ；現在、妊娠またはその可能性はありますか？ . . . . . (あり なし 不明) 現在、授乳中ですか？ . . . . . (あり なし)		
⑧ 現在の体重 _____ kg		
※問診結果によっては検査担当医師の判断で造影剤を使用しない場合があります。ご了承下さい。		

#### 医療機関（依頼医）確認欄

上記問診内容のいずれかが あり の場合、造影剤使用不可または条件付き使用となります  
詳しくはお問い合わせください

#### 条件付きで造影可能な例

- ◇ ビグアナイド系糖尿病薬は内服の一時中止（検査前後それぞれ 48 時間）が必要
- ◇ NSAID 薬は内服の一時中止（検査の前後それぞれ 24 時間）が望ましい
- ◇ ICD（埋込型除細動器）ありは胸部撮影不可

3 ヶ月以内の eGFR（\_\_\_\_\_ml/min/1.73m<sup>2</sup>） 採血結果の事前 fax と当日持参お願い致します

- ◇ eGFR が 30~45 かつ下記リスク因子がある場合は単純撮影に変更、または事前補液が必要となる場合があります  
(CKD 伴う糖尿病 NSAID 薬の継続服用 脱水 急性腎障害)
- ◇ eGFR が 30 未満の場合は原則として造影しません