

造影 CT 検査（ヨード造影剤）の説明書と同意書

あなたは、今回ヨード造影剤を用いた造影 CT 検査が必要と判断されました。検査の必要性、副作用の可能性（危険性）を理解され、造影 CT 検査を受ける事を承諾されましたら、下記に署名をお願いします。

1. ヨード造影剤はどのような薬で、どのような目的で使用するか
 ヨード造影剤は、CT 検査の際に静脈から注射して、病変をより見やすくすることで、診断するための重要な情報を得ます。一部の疾患では造影剤を使用しないと正しい判断ができません。
2. 造影剤の副作用について
 - 1) 副作用の頻度：軽いものを含めて、2.5～3%（造影検査 40 人に 1 人程度）の患者さんに何らかの副作用が現れます。ショックなどの重大な副作用は、ごくまれ（0.1%未満、造影検査 2500 人に 1 人程度）に現れます。
 - 2) 副作用の危険因子：アレルギー体質の方は副作用が現れる可能性が約 3 倍高く、中でも喘息の方は約 10 倍高いと言われています。また、造影剤は腎臓から排泄されるため、腎機能の悪い方はさらに悪化させることがありますので、主治医や検査担当医にご相談下さい。
 - 3) 副作用の症状：軽度の副作用は、吐き気や嘔吐 かゆみやじんま疹 くしゃみなどです。重大な副作用は、血圧低下や喘息発作、呼吸困難などがみられます。非常にまれ（造影検査 30 万人に 1 名程度）ですが、死に至った報告もあります。
 - 4) 副作用の時期：造影投与後 30 分以内に現れるものが多く、即時型副作用と呼ばれます。1 時間以上経過して数日までの間に、かゆみ、じんま疹、全身倦怠感などが現れることがあり、遅発性の副作用と呼ばれます。
3. 副作用が現れた場合の対応について
 造影検査中は、CT 検査スタッフが常に観察しており、何か異常が現れた場合は造影を中止し、点滴や必要な薬品を投与し、適切な対処を致します。帰宅後に副作用と思われる症状が現れた場合は、時間外であっても外来にて対処いたしますので、電話連絡後（083-901-6111 時間外受付）に受診してください。

説明医師 紹介元医療機関：

紹介元医師：

造影用問診票

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) 今までに「造影剤」の静脈注射や点滴をして CT 検査、じん臓の検査、血管造影などの検査を受けたことがありますか。 | (はい ・ いいえ) |
| A) 1) ではいと答えられた方、そのときに副作用がありましたか？
(具体的な症状：) | (はい ・ いいえ) |
| 2) アレルギー体質と言われたり、薬や注射食べ物などでしっしん、かゆみ、じんましんなどがでたりしたことがありますか？
(具体的な症状：) | (はい ・ いいえ) |
| 3) ぜんそくだといわれたことがありますか？ | (はい ・ いいえ) |
| 4) 以下の病気があると言われたことがありますか？
いわれたことがある人は病気の名前に○をつけてください。 | (はい ・ いいえ) |
| ・心臓病 ・じん臓病 ・肝臓病 ・糖尿病 ・高血圧 | |
| 5) 血のつながった家族の中に「造影剤」の注射をして副作用がでたり、ひどいアレルギー体質の人はいますか？ | (はい ・ いいえ) |
| 6) 妊娠中または妊娠している可能性がありますか？（女性の方のみ） | (はい ・ いいえ) |
| <医療者記入欄> | |
| 血清クレアチニン値 (mg/dl) eGFR (ml/分) | 検査日 年 月 日 |

済生会山口総合病院院長 殿

私は、今回の CT 検査における造影剤の使用について、必要理由、副作用および合併症の内容や頻度について担当医師から十分に説明を受け、納得しましたので造影剤の使用について同意します。なお造影剤使用の最終決定は検査担当医師に委ねます。

年 月 日

患者住所

患者氏名

印

紹介元医療機関

紹介元医師

印

本患者はヨード造影剤の使用が可能と考えます

医師