

ヨード系造影検査の説明・同意書（CT・血管造影など）

患者様のお名前： _____ 殿 検査予定日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 医療機関名： _____ 先生のお名前： _____

【造影剤検査問診表】相当する項目の□に✓印をつけて下さい。**太字項目**該当者は外来での造影検査は基本的に行っておりません。該当する場合は、嬉野医療センター放射線科医師にご相談下さい。また署名後に以下の項目に変更があった場合は、検査前に検査担当者にお伝え下さい。

- 1) 現在、喘息アレルギーの病気にかかっている、またはかかった経験はありますか？
ない ある ⇒ある場合は下の項目から選び、○でかこんで下さい。(時期： _____ 年ごろ)
ぜんそく（2年以内の発作有り・または喘息の治療中の場合は禁忌となります）・左記に該当しない喘息の既往・アトピー・食物アレルギー・花粉症・その他のアレルギー（ _____ ）、**造影剤**や注射薬のアレルギー
- 2) 今までに、注射する造影剤を使った検査を受けたことはありますか？
ない あり ⇒ある場合は、下にくわしく記入してください。(検査の時期： _____ 年ごろ)
 CT・血管造影や心臓のカテーテル検査・腎臓の検査・MRI・その他（ _____ ）
- 3) 上の2)で、あり とした方のみお答え下さい。そのとき副作用はありましたか？
ない あり* ⇒それはどんな症状でしたか？ ⇒（ _____ ）
- 4) **重症の腎不全・心不全や甲状腺クリーゼ、マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・褐色細胞腫・テタニー**などの病気があるといわれたり、**ヨードアレルギー**があるといわれたことがありますか？
ない ある*
- 5) 経口糖尿病治療薬（ビグアナイド系：塩酸メトホルミン、塩酸ブホルミン）やβブロッカーを現在内服していますか？
していない している* 使用している場合は薬剤名： _____
 ビグアナイド系経口糖尿病治療薬は、腎障害を起こす可能性があり、造影検査前1回および検査後48時間の投与中止が必要です。βブロッカー：造影検査は問題なく施行できます。(副作用対応時の手順確認用です。)

今回、あなたが受けられるX線検査では、『ヨード系造影剤』を使った検査を行います。この検査はあなたの病気の有無・病気の状態について、くわしい情報が得られる有用な検査です。注射をすると体が熱くなりますが、それは検査後すぐよくなるので心配ありません。

しかし、この薬により副作用が生じる場合があります。比較的多い症状は、発疹・吐き気ですが、まれに治療を必要とする重い副作用（呼吸困難・腎機能障害・血圧低下・ショック等）が起こることがあります。重い症状の発生率は2500人に1人といわれています。また、病気の状態や体質によっては、約20～50万人に1人の確率で死亡する場合もあるとされています。さらに、前回副作用が起きなかった造影剤でも、ごくまれに副作用が生じる場合があります。

なお、ヨード系造影剤により副作用が生じた経験や、治療中の喘息や強いアレルギー症状をお持ちの方は、上記副作用の発生率が5～10倍程度高くなるとされています。花粉症や食物のアレルギーをお持ちの方は、発生率が2倍程度高くなるという報告もあります。

また上記副作用は、その80%以上が注射後10分以内に発症するとされています。また、注射後6時間～数日後の期間にも副作用が生じることがまれにあります。どちらの場合も、もし気にかかることがあれば、受診中の診療科または放射線科受付などの医療スタッフにご連絡ください。なお基本的に検査終了後、結果をお渡しする際に副作用がないか確認させていただきます。帰宅後どうしても気になる症状がある場合は、まず当院に御連絡下さい。

(0954-43-1120 放射線科読影室または救急外来)

以上、本検査で使用する造影剤は十分に安全な薬と考えられますが、副作用は絶対に起きないという薬剤ではない点、あらかじめご了解下さい。もちろん副作用が生じた場合は、速やかに適切な治療を施行させていただきます。

それでは、上記説明をご理解頂いた上で、以下に同意頂ければ、下に署名してください。

私は、ヨード系造影検査について上記説明をうけ、造影検査を受けることに同意します。

また緊急的処置が必要となった場合には、適切な処置を受けることに同意します。

年 月 日 患者氏名： _____

代諾者氏名： _____ 続柄（ _____ ）

なお署名後も、検査は中止できます。その場合は、主治医または放射線科にご連絡下さい。