

造影剤を用いる検査に関する説明書

患者： _____ 様

検査名： _____

予定日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

あなたがこれから受けられる検査では造影剤を使用する予定です。当院では造影剤を使った検査を受けられる方には、あらかじめ「造影剤を用いた検査に関する同意書」をいただいております。もしご不明な点がありましたら担当医に質問していただき、納得されましたら同意書に署名をお願いいたします。

1. 造影剤とは何でしょうか？

検査による画像診断において、その情報量を増やすために画像にコントラストをつける検査薬です。通常はガドリニウムという造影剤を静脈内にて投与します。腎機能が正常であれば、注射後6時間で約90%が腎臓から尿として排出され、やがて全てが体外に排出されます。

2. 造影剤を使う利点はなんのでしょうか？

静脈内に注入された造影剤は、血管を介して全身の臓器を分布します。従って、病変の性状や病変の広がりなど画像診断上重要な情報が得られます。

3. どのような患者様にも造影剤検査はできるのでしょうか？

アレルギー体質の方は副作用を生じる可能性が通常の約3倍、中でも喘息の方は約10倍多いといわれています。また、腎機能や肝機能が悪い方では造影剤の影響でさらに悪化することがあります。次に該当する方は検査の前に担当医にお知らせください。

3-1. 以前造影剤で具合が悪くなったことがある。

3-2. 本人または血縁者に喘息やアレルギーがある。

3-3. 腎機能・肝機能が悪い。

4. 造影剤にはどのような危険性があるのでしょうか？

最近では、より副作用の少ない造影剤が開発され当院でも用いています。しかし、それでも副作用発生の危険性を全くなくすることはできません。軽微な副作用を含めて、約0.5%の患者様に何らかの副作用が生じるといわれています。造影剤の副作用には検査中や検査直後に生じる即時性のものと、検査終了後数時間から数日後におきる遅発性のものとがあります。

4-1. 即時性副作用

ほとんどは気分が悪くなったり、吐いたり、痒くなったり、蕁麻疹が出たりといった軽いものです。しかし、まれに冷や汗が出たり、胸が苦しくなったりすることがあります。また、きわめて稀に、ショックなどの重篤な副作用が生じることがあり、死に至る報告があります。

4-2. 遅発性副作用

稀に検査後数時間から数日して体がだるくなったり、頭痛、蕁麻疹が出る場合があります。

5. 緊急時の対応について

5-1. 即時性副作用

検査中は担当医あるいは看護師、放射線技師があなたを見ているので、何かあれば至急対応します。予期せぬ事態に対する処置については、担当医の判断に任せてください。

5-2. 遅発性副作用

検査終了後数時間から数日後に先に述べた症状や異常が現れた場合には、早めに担当科（担当医）までご連絡ください。

造影剤検査に関する問診票・同意書

患者： _____ 様

検査名： _____

予定日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

*造影検査のための問診票

以下の質問に当てはまる方は印を入れて下さい。“あり”を選ばれた方は適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な内容をご記載ください。

- 今まで造影剤（注射/点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？
なし あり : CT 検査・尿路造影・胆道造影・血管造影・MRI 検査
- その際に、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 (_____)
- 今までに喘息と言われたことがありますか？
なし あり
- 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 : じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・
 薬のアレルギー（薬剤名 _____ ）・食物のアレルギー（食物名 _____ ）・その他 (_____)
- 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？
なし あり
- 今までに甲状腺疾患と言われたことがありますか？
なし あり
- 現在、妊娠中、または妊娠している
なし あり わからない
- 糖尿病の内服治療中ですか？
なし あり (薬剤名： _____)

上記の問診のうち、問い2～5で“あり”の項目に当てはまるかたは、造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください

担当医師： _____ (_____)

山王病院長殿

私は、今回の造影検査を受けるにあたり担当医師から説明書に記載された説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

住所： _____

患者氏名： _____ ⑩

同席者又は代諾者： _____ ⑩ 続柄： _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名できないときは、その保護者または親族の方が署名してください。

造影剤検査に関する問診票・同意書

患者： _____ 様

検査名： _____

予定日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

*造影検査のための問診票

以下の質問に当てはまる方は印を入れて下さい。“あり”を選ばれた方は適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な内容をご記載ください。

2. 今まで造影剤（注射/点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？

なし あり : CT 検査・尿路造影・胆道造影・血管造影・MRI 検査

2. その際に、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. 今までに喘息と言われたことがありますか？

なし あり

4. 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 : じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・
薬のアレルギー（薬剤名 _____ ）・食物のアレルギー（食物名 _____ ）・その他 (_____)

5. 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？

なし あり

6. 今までに甲状腺疾患と言われたことがありますか？

なし あり

7. 現在、妊娠中、または妊娠している

なし あり わからない

8. 糖尿病の内服治療中ですか？

なし あり (薬剤名： _____)

上記の問診のうち、問い2～5で“あり”の項目に当てはまるかたは、造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください

担当医師： _____ (_____)

山王病院長殿

私は、今回の造影検査を受けるにあたり担当医師から説明書に記載された説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

住所： _____

患者氏名： _____ ⑩

同席者又は代諾者： _____ ⑩ 続柄： _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名できないときは、その保護者または親族の方が署名してください。