

# ヨード系造影剤投与に関する説明書

## 造影CT検査をお受けになる方へ

今回の検査はヨード造影剤という薬剤を注射して行います。造影剤を用いることにより、正確で精度の高い診断が可能となります。CT検査では造影剤を使用しなくても検査は行えますが、十分な診断ができない場合があります。造影剤は安全な薬剤ですが、稀に副作用を起こすこともあります。副作用の種類は次のようなものです。

### 1 軽い副作用

吐気・動悸・頭痛・かゆみ・くしゃみ・発疹などです。このような副作用は治療を要さないか、投薬や注射で回復するものです。このような確率は約100人につき5人以下（5%以下）です。

### 2 重い副作用

呼吸困難・意識消失・血圧低下・腎不全などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症が残る場合があります。この為、入院が必要なこともあります。このような確率は約6,000～9,000人につき1人(0.01～0.02%)です。

### 3 症状、体質によって約10～20万人につき1人の割合（0.0005～0.001%）で死亡する場合があります。

### 4 問診書の1～6で「あり」と答えられた方は副作用の起こる確率が若干高くなる傾向にあります。また、今回の検査に際してあらかじめ、造影剤による副作用が起こるかどうかが予見できる方法は現在のところありません。

### 5 造影剤を注射するときには

- ①体が熱くなることがありますが、造影剤の性質による刺激であり心配ありません。
- ②勢いよく注入する為に、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には、注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。基本的には時間が経つと吸収されて問題ありません。漏れた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることがありますが、非常に稀です。

### 6 ビグアナイド系糖尿病薬を服用中の方

造影剤投与により、一過性に腎機能が低下した場合に乳酸アシドーシスを発症する場合があります。食欲不振、吐気、嘔吐、下痢、腹痛などの胃腸症状が急激に始まって、進行すると倦怠感、過呼吸、脱水、けいれん、低体温、低血圧などを引き起こし、昏睡状態に陥る事もあります。そのため、検査前後の一時的な休薬が必要です。

当院では、万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っております。身体に異変を感じたら、すぐにお伝え下さい。もし副作用が現れても最善の処置を施します。その他ご不明な点や、気になることがありましたら説明担当者または検査担当者にお尋ね下さい。

社会保険 大牟田天領病院

〒836-8566  
福岡県大牟田市天領町1丁目100番地

TEL：0944-54-8482（代）

平日（午前9～午後5時） 診療放射線室（内線3711）

(カタカナ)				
氏名	様			
生年月日	年	月	日	性別 男・女

・造影剤投与に関する問診（CT用）

該当する項目にチェックして下さい。「あり」を選ばれた方は適した言葉を○で囲むか、あるいは（ ）の中に具体的な言葉を書いて下さい。  
 検査担当医の判断で造影剤を使わない場合もありますのでご了承下さい。

- 今までに造影剤（注射・点滴など）を用いた検査を受けたことがありますか？  
 なし  あり  
 ①何の検査ですか？ CT MRI 血管造影（アンギオ） 心臓カテーテル  
 腎臓・尿路造影(IP、DIP) 胆嚢・胆道・膵管造影 子宮卵管造影  
 ②いつ頃ですか？（ ）  
 ③その時に副作用がありましたか？  
 なし  あり 吐き気 嘔吐 かゆみ 発赤（肌に赤み） 頭痛  
 呼吸困難 血圧低下 その他（ ）
- 今までに喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか？  
 なし  あり 現在治療中 小児喘息 治癒（治った）
- アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？  
 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（ ） 食物（ ）  
 その他（ ）
- ビグアナイド系糖尿病の薬を飲んでいますか？  
 なし  あり（薬品名： ） →ありの場合、休薬の指示をお願いします
- 腎臓のはたらきが悪い（腎不全）と言われたことがありますか？  
 なし  あり
- 現在、心臓や甲状腺の病気がありますか？  
 なし  あり 心臓（ ） 甲状腺（ ）
- あなたの体重をご記入下さい。（ kg）

・造影剤投与に関する同意書

社会保険 大牟田天領病院長 殿

造影検査の目的、副作用および合併症などについて十分な説明を受け、  
 それに関して質問をする機会がありました。造影剤の必要性や副作用について十分理解した上で、  
 今回の検査において、造影剤の投与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も、適切に処置されることに同意します。

年 月 日 説明者 (医師・看護師) \_\_\_\_\_

本人 署名 \_\_\_\_\_  
 ※保護者・代理人 署名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

※検査を受ける方が未成年や意識障害などのある場合に記載してください。  
 同意された場合でも、同意はいつでも撤回することができます。