

造影 CT 検査をうけられる方へ

1. この検査で使用するヨード造影剤は、病気の診断や、状態を明らかにすることに役立ちます。この薬は安全な薬剤ですが、次のような副作用があります。
 - 1) 軽い副作用：吐き気、嘔吐、動悸、かゆみ、発疹などが、5%以下の割合でおこります。
 - 2) 重い副作用：血圧低下、呼吸困難、意識障害などが、0.1%以下の割合でおこります。注射や点滴、重症の場合は気管内挿管などの処置を行う場合があります、時には後遺症を残すことがあります。病状・体質によっては、0.001%以下の割合で死亡例が報告されています。
 - 3) 造影剤の注射中に、血管の外に造影剤がもれることがあります。少量もれた場合は特別な処置は必要ありません。造影剤が多量にもれた場合は、皮膚を切開するなどの処置が必要になることがあります。また、注射部位やその周辺の痛み・しびれが残る場合もありますが、非常にまれです。

検査中は医師や看護師が患者様の様子を観察しています。万一、重篤な副作用が起きた場合は、迅速に処置を行なえるように万全の体制を整えております。

2. ヨード造影剤の禁忌

ヨード過敏、ヨード造影剤副作用の既往、気管支喘息の方は、重い副作用が発生する確率が高く、造影剤を使用できません。

また褐色細胞腫、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、重篤な甲状腺疾患、腎機能低下、重篤な心疾患などの疾患の方、ならびに糖尿病のお薬（グリコラン・メルビン・ネルビス・メデット・メトリオンなど）を飲んでおられる方は、造影検査ができない場合があります。

3. 検査前の食事

水分と糖分の補給のために、午前の検査は朝食を、午後の検査の場合は昼食を控えて、ジュース 200mL をおとりください。また、CT 検査までお茶や水で水分を補給してください。

4. 検査時の注意

造影剤の注射中に体全体が熱く感じるがありますが、数分で治まり心配ありません。注射中に針の周囲が痛い場合や、「気分が悪い」・「息苦しい」場合は、ただちにお知らせください。

5. 検査後の注意

ヨード造影剤を注射したあとは、水、お茶などの水分をいつもより多く飲んでください。特に次のような場合は、注意してください。

- 1) 医師により水分制限をされている方は、医師の指示どおりにしてください。
- 2) まれに造影剤注射後数日たってから、じんましん、むくみ、血圧低下などの副作用が現れることがあります。その際は当センターにご連絡ください。
- 3) 糖尿病のお薬（グリコラン・メルビン・ネルビス・メデット・メトリオンなど）を飲んでおられる方は、検査終了後 48 時間、糖尿病のお薬を服用しないでください。

6. 授乳中のかたへ

ヨード造影剤は母乳中に移行しますので、造影剤注射後 48 時間は授乳しないでください。

造影 CT 検査問診表（同意書）提出用

必要事項にご記入の上、検査当日 CT 室にご提出ください

1. 今までに、造影剤（注射や点滴）を用いた検査をお受けになられたことがありますか？

なし ⇒ 2 の質問にお進みください

あり ⇒ CT 検査 ・ 腎臓の検査 ・ 血管造影 ・ その他（ ）

ありと答えられた方へ その時、副作用がありましたか？

なし あり ⇒ はきけ ・ 嘔吐 ・ かゆみ ・ 発疹 ・ くしゃみ ・ 鼻づまり

その他、具体的にお書きください（ ）

2. いままでに喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？

なし あり ⇒ 具体的にお書きください（ ）

3. 腎臓が悪いといわれたことがありますか？

なし あり ⇒ 具体的にお書きください（ ）

4. 薬、注射、食べ物にアレルギー反応はありますか？

なし あり ⇒ 具体的にお書きください（ ）

5. 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？

なし あり ⇒ グリコラン・メルビン・ネルビス・メデット・メトリオン・その他

6. ヨード造影剤使用量の参考とするため、あなたの身長、体重をご記入ください。

身長（ ） cm ・ 体重（ ） kg

ヨード造影剤を使用する検査に対する同意書

検査の種類：

依頼科：

検査予定日：

以下に記載する事項について同意されれば、同意したご本人または代理人の御署名をお願いいたします。

同意事項

- 主治医（ ）からヨード造影剤を使用する検査の目的、必要性、副作用について十分な説明をうけて理解した。
- ヨード造影剤を使用すること、もし副作用が生じた場合にはそれに対する処置を受けること。
- 造影検査の了承は、患者様本人または代理人の任意の同意に基づくもので、当院の医師の強引な説得や強制によるものではないこと。
- 造影検査についてさらに詳しい説明を受けたいときは、適宜追加説明を受けることができる。
- 患者本人または代理人は検査を受けることを同意した後、いかなる場合でも撤回ができること。

患者様氏名：

様

ID：

同意日 年 月 日 患者本人又は代理人（続柄 ）：署名_____

造影 CT 検査 同意書 患者様控え

ヨード造影剤を使用する検査に対する同意書

検査の種類： 依頼科：@USERSECTION
検査予定日：

以下に記載する事項について同意されれば、同意したご本人または代理人の御署名をお願いいたします。

同意事項

- 主治医（ ）からヨード造影剤を使用する検査の目的、必要性、副作用について十分な説明をうけて理解した。
- ヨード造影剤を使用すること、もし副作用が生じた場合にはそれに対する処置を受けること。
- 造影検査の了承は、患者様本人または代理人の任意の同意に基づくもので、当院の医師の強引な説得や強制によるものではないこと。
- 造影検査についてさらに詳しい説明を受けたいときは、適宜追加説明を受けることができる。
- 患者本人または代理人は、検査を受けることを同意した後、いかなる場合でも撤回ができること。

患者様氏名： 様 ID：

同意日 年 月 日 患者本人又は代理人（続柄 ）：署名_____

独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 放射線診断科