

ヨード造影剤使用に関する説明書・問診票および同意書

●検査名 CT・DIP・DIC・そのほか _____ 検査日 西暦 年 月 日

上記検査の際にヨード造影剤を使用します。

造影剤は内臓の状態や病気の性質を詳しく知るため画像に濃淡をつける薬剤です。検査時に腕などの静脈から注射します。安全に造影剤を使用できるかどうかは主治医および検査担当医が慎重に判断していますが、ほかの薬剤と同様に時として副作用があることをご承知ください。ごくまれに生命に関わる副作用が生じますが、造影剤を使うことは病気の診断や治療方針を立てる上で大変有用となることをご理解ください。造影剤を使用しない場合には、診断精度が低下する場合もありうる点をご承知おきください。造影剤使用に関して必要な問診事項にお答えの上、同意されましたら2枚目の同意書にご署名ください。

造影剤使用時の副作用と頻度

軽い副作用 (5%以下)：掻痒感(かゆみ)、悪心(吐き気)、嘔吐、めまい、ふらつき、蕁麻疹など。

重篤な副作用(約0.004%)：ショック(血圧低下・冷汗・意識低下など)、死亡(0.00025%)

(参考文献) 鳴海善文ら：日本医学放射線学会誌 65:300-301,2005

これらの症状は造影剤の使用直後から1時間以内に生じることがほとんどです。

検査中はスタッフが状態を注意深く観察していますので、体調の異変を感じられた方はすぐにお申し出ください。検査中に体熱感(“体の中が熱くなるような感じ”)を受けられる方もいらっしゃいますが、これは正常な反応であり、副作用ではありませんのでご安心下さい。

またごく少数ですが造影剤使用数時間から数日後に蕁麻疹などの副作用が生じる場合があります、これを遅発性副作用といいます。遅発性副作用は一般に軽い症状が多く治療を必要とするものは少ないとされています。遅発性副作用に関するご相談は下記連絡先までお願いいたします。

あんしん会 四谷メディカルキューブ TEL 03-3261-0430 (外来予約) (9:00~17:00)

(対応時間外・休祝日については、かかりつけ医療機関もしくは自宅近くの救急外来にご相談ください。)

また、造影剤投与後に腎機能が低下することがあり、特に腎機能低下のある方はさらに低下する可能性が高くなります。(eGFR60未満では2.5%に造影剤腎症を発症) 本院の方針として、中等度~高度腎機能低下(eGFR45未満)では造影剤投与は原則いたしませんのでご了承ください。

*副作用を軽減するために、検査前および検査後にお水を多めにお飲みください。

造影剤に対する副作用の予知について

初めて造影検査を受けられる方、または今まで造影剤を使用して副作用のない方が、今回の造影剤検査で副作用を起こすかどうかをあらかじめ調べる方法は現在のところありません。ただし、以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強くなる場合があります。以上を踏まえ安全に検査を行うために、問診票への記入をお願いします。また、同意書への御署名がある場合でも検査担当医の判断により造影検査を行わない場合もあります点をご承知おきください。

- 今までに造影剤(CT・MRI等)やヨード過敏症による症状を起こしたことのある方
- 気管支喘息などのアレルギー性疾患のある方
- ほかの薬剤過敏症や蕁麻疹などのアレルギー歴がある方

副作用に対する処置

軽い副作用は経過観察のみで改善しますが、症状の程度により点滴による水分補給や抗アレルギー薬、副腎皮質ステロイド、昇圧剤の注射あるいは酸素投与などが必要となる場合があります。検査担当医の指示に従い処置をお受けください。症状によってはしばらく安静にさせていただく場合や、ご家族の付き添いによる帰院あるいは入院をお願いする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

また、患者様のご意思で造影剤の使用を拒否されても、本院における診療に際してなんら不利益は生じません。

ビグアナイド系糖尿病薬は検査の 48 時間前より中止が必要です

メトホルミン、メトグルコなど、いわゆるビグアナイド系糖尿病薬は、ヨード造影剤との併用により乳酸アシドーシスをきたすことがあります併用注意とされています（死亡例あり）。このため、検査施行の 48 時間前より中止されていない場合は検査が延期されますのでご了承ください。複数の医師が診ている場合など、検査依頼医が患者様の内服状況を把握していないことがあります、注意が必要となります。（内服の再開は検査後 48 時間後以降が望ましいとされています。医師にご確認ください。）

ヨード造影剤使用に関する問診票

該当するものにチェックをして必要事項を御記載ください。

1. 前記の説明を読んだ。 はい いいえ
2. これまで造影剤を使用した検査を受けたことがある。 はい いいえ 不明
3. そのとき副作用があった。 はい いいえ 不明
副作用のあった方は具体的にどのような症状でしたか？
はきけ・嘔吐 蕁麻疹 めまい 呼吸苦 血圧低下 そのほか（ ）
4. 気管支喘息で治療したことがある。 はい いいえ 不明
5. そのほかアレルギーの病気を患ったことがある。 はい いいえ 不明
具体的にはどのような病気ですか？
アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 薬剤アレルギー（薬剤名： ）
食物アレルギー（食品名 ） そのほか（ ）
6. 現在糖尿病にて内服治療中である。 はい いいえ 不明
（※ビグアナイド系糖尿病薬は、検査の 48 時間前より休薬が必要です）
7. 以下の病気をしたことがある。
甲状腺機能亢進症 腎臓病 心臓病 肝臓病
8. 両親兄弟に造影剤での副作用を経験したものがいる。 はい いいえ 不明
9. 両親兄弟（血縁者）に気管支喘息などのアレルギー体質がある。
はい いいえ 不明
10. 現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がある。 はい いいえ 不明

説明内容について不明な点があるときや、この同意書を提出した後に同意を取り消したいときなどは、いつでも担当医にご相談ください。

貴院において造影剤を使用した検査を受けるにあたり、上記の説明を受け理解しました。また、万が一造影剤の副作用が生じた場合、必要な処置を受けることを了承します。

西暦 年 月 日

患者氏名（自署） _____

検査をうける御本人が未成年や意識障害などのある場合には代理人氏名（自署）と続柄をお願いします。

説明担当医師氏名 _____