

CT造影剤使用検査を受ける患者様への説明書・同意書

CT検査において造影剤を注射して撮影することで、より小さな病変が見つかったり、病変の様子がよく分かるようになり、診断・治療に役立ちます。使用する造影剤はヨード造影剤と呼ばれるものですが、他の薬剤と同様に副作用を全く無くすことは困難です。

造影剤の副作用（種類と起こりやすさ）

1. 軽い副作用：くしゃみ、頭痛、吐き気、発疹など。発症率3%未満。特に治療は必要ありません。
2. 重い副作用：息苦しさ、血圧低下、引きつけ、意識低下、不整脈など。発症率0.04%程度。要治療。
3. さらに重い副作用：重い副作用のうち、入院を必要とするもの。0.004%(10万人に4人)程度。
4. 遅発性副作用：検査終了後1時間から数日後に、発疹、かゆみ、めまい、吐き気など。

頻度は低く特に治療の必要はありませんが、稀に治療を必要とすることがあります。

その際は豊郷病院にご連絡ください。 **TEL:0749-35-3001**

以下に該当する方は、副作用の発生する可能性が高まったり、症状が強くなることもあるため、造影検査を行えない場合があります。下記問診に**チェック**をして頂き、**該当がありましたら主治医にお伝え下さい**。

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 今までに造影剤でアレルギーがあった。ヨード過敏症と言われている。 | |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 気管支喘息がある（症状があり、日常的に薬を服用、使用している）。 | |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 薬剤や食べ物によるアレルギー歴がある。〔薬・食品名 | 〕 |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | 糖尿病薬（ビグアナイド系）を服用している。〔薬名 | 〕 |
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | （女性のみ）妊娠の可能性がある。 | |

造影剤の血管外への漏れ

造影剤を機械的に注射するため、稀に血管外に漏れることがあります。その際、腫れや痛みが生じる場合があります。多くは時間と共に体内に吸収され問題ありませんが、稀に治療が必要になる場合もあります。

以上の説明をご理解され、造影剤注射の必要性と危険性を考慮した上で検査を受けることに同意して頂ける場合には、下記の同意欄にご署名をお願いします。（患者様が未成年や意識障害がある場合は代理人）

造影剤使用検査についての必要性和副作用についての説明を受け、納得しましたので造影剤の使用に同意します。

ご署名：

代理の方は続柄：

TEL：

以下、貴院スタッフにてご記入ください

採血日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査日から3ヶ月以内の採血データを記入して下さい。

eGFR値： _____ ml/min/1.73m² 30未満は原則禁忌※

（eGFRが不明な場合 → 血清クレアチニン値： _____ mg/dl 1.30以上は原則禁忌※）

※医師が許可する場合にはこの限りではない

主治医確認欄（問診内容や腎機能に下記の該当がある場合、チェック印をお願いします）

問診に「はい」があるが、造影検査を許可します

腎機能値が基準を満たさないが、造影検査を許可します

主治医署名欄 以上の事項を踏まえ、造影検査を許可します

署名： _____

◆記入後、この用紙を豊郷病院まで**FAXをお願いします**（24時間受付）FAX：0749-35-0403

この用紙は**放射線科検査申込書（紹介状）**にご同封ください

（公財）豊郷病院