

CT造影剤問診票・同意書

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別: 男・女 検査時間: _____ 時 _____ 分

この問診票は、あなたの造影検査をできるだけ安全に行うために必要なものです。
はい・いいえの☑を、はいの該当項目には(○)を。必要時、_____にコメントを記入してください。

1. 今まで造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがありますか?

はい いいえ () CT/血管造影/腎尿路検査 () MRI () 胆嚢検査
 不明 () その他 _____

2. 造影剤検査を受けたことのある方にお尋ねします。

その時、何か副作用がありましたか?

はい いいえ () 発疹 () 吐き気
 不明 () その他 _____

3. アレルギー性の病気やアレルギー体質などはありますか? (注:副作用の発生率が高くなる可能性有り)

はい いいえ () 喘息 () じんましん () アトピー () アレルギー性鼻炎
 不明 () 飲み薬・注射の副作用 _____
() 食べ物・金属アレルギー _____
() その他 _____

4. 次のような病気はありますか? (注:病気の種類によっては造影剤が使用できないことがあります)

はい いいえ () 心臓病 () 腎臓病 () 甲状腺疾患 () 緑内障
 不明 () 前立腺肥大 () 人工透析中 () 糖尿病

5. 糖尿病のお薬を飲んでいますか?

はい いいえ

服用中の方はお薬の名前を記入してください。_____

*お薬の名前は「造影剤による検査の説明」の4.をご参照ください。

6. 女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠の可能性はありますか? はい いいえ

授乳中ですか? はい いいえ

*授乳中の場合、検査後24時間は授乳を避けてください。

【患者記入】

私は、造影剤を使った検査の必要性和、副作用について説明を受け理解しましたので、造影剤の静脈注射に同意いたします。

年 _____ 月 _____ 日

患者署名: _____

(患者が署名できない場合、家族もしくは代理人が代筆)

家族もしくは代理人署名: _____

患者との続柄: _____

【医師記入】

・最近のeGFR値 _____ (またはCr値 _____ mg/dl) (採血日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)
(注: eGFR値60未満、Cr値1.5mg/dl 以上の場合は特別な場合を除き、中止とします)

・ヨード造影剤を使用する際は、ビッグアナイド系糖尿病薬を検査当日、翌日、翌々日の3日間の休薬をお願いします。

アレルギーに関する問診、腎機能、及び本人の同意が得られており、

造影剤の実施について (可 ・ 不可) と考えます。

主治医: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

同席した医療従事者: (有 ・ 無) _____

造影剤による検査の説明

造影剤は、診断を正確に行うために使用します。

静脈に注射された造影剤は、腎機能が正常であれば、1日で90%以上尿として排泄されます。検査の際には十分に注意して行います。副作用に対してはすみやかに対処できる準備をしております。

1. 造影剤の必要性

造影剤（静脈注射）を使用することによって、病変の有無・病気の性状・範囲など詳しい情報が得られ、正しい病気の診断につながります。

2. 造影剤の副作用と頻度

軽症の副作用(5%以下)

熱感、吐き気、発疹、かゆみ、咳、くしゃみなど、ほとんど検査直後で一時的に発生し、基本的に治療の必要性はありません。まれに数日以内に生じることもあります。

重症の副作用(0.1%未満)

血圧低下、呼吸困難、ショック、意識消失など治療が必要になる場合もあり、まれですが、死亡例もあります(10万~20万人に1人程度)。

3. 腎機能が悪い患者様では、さらに悪くなることがあります。

4. 糖尿病のお薬の中にはヨード造影剤との併用により、まれに副作用が発生することがあります。

薬剤名の例：メデット錠、グリコラン錠、ネルビス錠、メトグルコ錠、
メトホルミン塩酸塩錠、ジベトス錠、ジベトンS腸溶錠、
メタクト配合錠HD、メタクト配合錠LD、
エクメット配合錠HD、エクメット配合錠LD、等

***他院から持参された場合、商品名が異なる場合があります。**

5. まれに造影剤が血管外に漏れて、注射したところが腫れて痛むことがあります。

6. 以前に造影剤で副作用が発生しなかった方でも、副作用が発生しないとも限りません。副作用が発生した場合は、適切な対処を迅速にいたします。

7. ごくまれに検査後、1時間から2日後に発疹、かゆみ、発熱、めまい、気持ちが悪い、頭痛などの症状が発生することがありますがほとんどの場合、徐々に治まります。治まらない場合は電話でご連絡ください。

医療法人あかね会 土谷総合病院 放射線科

TEL 082-243-9191 (内 2255・2259)