

# 造影CT検査に関する説明と同意書

患者氏名 \_\_\_\_\_

## CT用ヨード造影剤(以下「造影剤」と省略)と必要性について

CT検査とは、X線とコンピューターを使用して、身体の断面を撮影する検査です。

CT検査は、造影剤を使用しなくても可能ですが、より詳しい画像情報を得るために“造影剤”という検査薬剤を静脈内に注射して行う方法もあります。

造影剤は基本的には安全な薬剤といわれていますが、まれに以下に示した副作用や合併症がおこることがあります。

## 造影剤使用に伴う副作用および合併症

### ○ 軽い副作用

かゆみ、発疹、発赤、恶心、嘔気、嘔吐

3~5%程度の頻度で起こりますが、通常は特に治療を必要とせず、軽症で一過性です。

### ○ 重篤な副作用

血圧低下(ショック)、息苦しさ、嗄声(喉頭浮腫)、急性腎不全

約25000人に1人(0.004%)とまれですが、治療が必要で後遺症が残る場合もあり、時に入院・手術も必要となることがあります。

きわめて稀ですが約40万人に1人(0.00025%)、死亡例の報告もあります。

### ○ 遅発性副作用

嘔気、かゆみ、発疹、頭痛

検査後10分以内がほとんどですが、ごくまれに検査後1時間から数日で発生することがあります。

### ○ 合併症

造影剤が静脈外にもれ、腫れ・痛みを伴う場合があります。

ほとんどは時間がたてば吸収されますが、ごくまれに処置が必要になる場合があります。

また、ほぼ全例で体が熱くなります、血管の刺激に伴う正常な反応で、心配いりません。

以下の既往のある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強く出る場合もありますので、必ず問診票に記入をお願いいたします。

- 1)喘息を有する方
- 2)過去にヨード造影剤で重篤な副作用のあった方
- 3)重篤な肝・腎障害のある方
- 4)重篤な甲状腺機能亢進症の方
- 5)糖尿病薬を服用している方 (成分名:メトホルミン塩酸塩、プロホルミン塩酸塩)  
(商品名:メグリム、メタクタ、グリコラン、メデット、ネルビス、メトホルミン塩酸塩、メトリオン、ジベトス)

## 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

前回の検査時(造影検査)に異常が無くても、今回、副作用が出る可能性があります。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

## 同意書撤回について

この同意は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

尚、気になる事がある方は、医師・看護師・診療放射線技師までご相談ください。

\* 当日は予約票と一緒にこの説明・同意書と問診票をお持ち下さい。

説明医師署名 \_\_\_\_\_

# 造影CT検査問診票

## 1.これまでに造影剤を注射して検査を受けた事がありますか？

いいえ はい ⇒( CT検査・MRI検査・腎臓・尿路造影・血管造影 )  
その他、具体的にお書きください( )

※ありと答えられた方へ その時、副作用がありましたか？

いいえ はい ⇒( かゆみ・発疹・発赤・吐き気・くしゃみ・息苦しさ )  
その他、具体的にお書きください( )

## 2.薬、注射、食べ物にアレルギー反応はありますか？

いいえ はい ⇒具体的にお書きください( )

## 3.今までに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか？

いいえ はい

## 4.腎臓が悪いといわれたことがありますか？

いいえ はい ⇒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？

いいえ はい ⇒( メグルコ・メタクト・グリコラン・メデット・ネルビス  
メホルミン塩酸塩・メトロニドазール・ジベトス)

## 6.これまでに甲状腺疾患、又は、骨髄腫・褐色細胞腫と言わされた事がありますか？

いいえ はい ⇒( 甲状腺・特に甲状腺機能亢進症(バゼドウ病)・骨髄腫・褐色細胞腫 )

## 7.女性の方のみお答え下さい。現在妊娠中ですか？

いいえ はい

造影検査の必要性を十分にご理解いただいた上で、下記にご署名をお願い致します。

## CT用造影剤を使用する検査の同意書

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。

**水戸中央病院 院長殿**

### 同意事項

私は造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解しましたので、  
造影剤を使用することに同意します。

私は造影剤の血管内注射に同意します。

また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

同意日 年 月 日

ご本人(患者様)署名 \_\_\_\_\_

代理人氏名(署名) \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

**同意の意思確認が不可能で、緊急性が優先される場合、担当医の判断により造影剤を使用させていただきます。**

患者本人または代理人は検査をうけることを同意した後、いかなる場合でも撤回ができます。