

CT・MRI及びその他の造影検査を受けられる方へ

◇なぜ造影剤を注射するのでしょうか？

造影剤を使用することにより、新たな病変が見つかったり、病変が明瞭になったり、病変の性質についての詳しい情報を得ることができます。

ただし造影剤を使用せずに十分な診断ができる場合や、造影剤の副作用がでる可能性の高い場合は使用いたしません。

◇造影剤による副作用の種類と頻度は？どんな人にしやすいのでしょうか？

1.造影検査時に早期に現れる副作用（検査中）

- 1) 軽症：頻度は100人に3～4人（吐き気、めまい、皮膚のかゆみ、じん麻疹など）
- 2) 重症：頻度は1000～5000人に1人（血圧低下、不整脈、息苦しさ、ショックなど）
- 3) 死亡：頻度は不明で非常にまれですが、ゼロではありません。

2.造影検査終了後から数日後に現れる副作用

検査後に検査中と同様の皮膚のかゆみや、じん麻疹等の副作用が現れる場合があります。その時は外来に連絡後、受診して下さい。

3.検査によっては勢いよく造影剤を注入する場合があります、血管外に造影剤がもれることがあります。この時には、注射部位が腫れて、痛みを伴うこともありますが、少量であれば時間がたてば吸収されます。多量の場合は痛みを早く取り除くための処置を行うことがあります。

4.重大な副作用を起こす特異体質の患者さんを前もって知る良い方法はありません。ただし、以前の薬の内服や注射（造影剤を含む）、食べ物（そば、卵など）などでじん麻疹がでたり、気分が悪くなったことがある方や、ぜんそくのある方では副作用が出やすいことが報告されていますので、別途問診票で副作用の危険性が高いと判断された場合は造影検査を行わない場合があります。

6.造影検査をするにあたって検査当日に改めて検査に対する説明を行います。

ご本人の判断力が乏しい場合には家族の同伴をお願い致します。

同伴が出来ない場合は造影検査を行わない場合があります。

7.造影検査は医師が行い、副作用等が発生した場合は速やかにスタッフ一同で対応いたします。

◇造影検査をしたくないと思ったらどうしたらよいのでしょうか？

患者さんには選択の自由があります。今回の造影検査に替わる検査はないのか、造影検査を行わない場合に生じる不利益はどのようなものか、医師とよくご相談のうえ選択して下さい。同意書を提出しても検査が開始されるまでは撤回できます。

※問診票はあらかじめご記入して頂き、検査当日にご持参ください。

問 診 票

該当するものの□にチェックしてください。

1. 今までに造影剤（注射／点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？
なし あり（CT検査、MRI検査、腎臓検査、胆嚢検査、その他の検査）
不明（不明と答えた理由を記載してください。）
不明の理由； _____
2. 造影検査を受けたことが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？
なし あり（発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、じん麻疹、頭痛）
不明（不明と答えた理由を記載してください。）
不明の理由； _____
3. 今までに気管支喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？
なし あり
4. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？
なし あり ヨードアレルギー、じん麻疹、アトピー性皮膚炎など
薬のアレルギー（ _____ ）
食べ物のアレルギー（ _____ ）
その他（ _____ ）
5. 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）といわれたことがありますか？
なし あり
6. 糖尿病の方で、ビッグアナイド系の糖尿病薬（メトホルミン塩酸塩錠等）を服用していますか？
なし あり
7. 現在授乳中、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？（女性のみ）
なし あり わからない

《医師記入》 血清クレアチニン値と測定日

（ _____ ） mg/dl （ _____ 年 _____ 月 _____ 日測定）

（ただし過去1ヶ月の間に測定されていて、それ以降腎機能低下の徴候がない場合は改めて測定不要）

造影検査同意書

※同意書は検査当日 宮崎東病院でご記入して頂きます。

国立病院機構宮崎東病院長殿

私は、今回CT・MRI及びその他の造影検査において、造影剤の有用性や危険性（副作用）について説明を受け、その必要性を理解したので造影検査を受けること、また、副作用がみられた時には必要な処置を受けることに同意します。

承諾日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名： _____ （印又はサイン）

親族または代理人氏名： _____ 続柄（ _____ ）

上記患者に対して、造影検査に関する説明及び副作用発生時の処置を受けることについて同意されたことを確認しました。

確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名： _____ （印）

国立病院機構 宮崎東病院 代表（電話：0985-56-2311）放射線科（内線：312）2023/12 作成