# 造影剤を用いる検査を受けられる方へ

（患者様へお渡し下さい）

今回実施する検査は、「造影剤」という薬剤の注射をして行います。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにすることができます。造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用の種類は次のようなものです。

## １．造影剤を注射すると

１）からだが熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配はありません。

２）勢いよく造影剤を注射するために、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合は注射した部分が腫れて痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば吸収され、心配はありません。

## ２．検査時の副作用

１）軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などで、基本的に治療を要しません。このような副作用がおこる確率は５％以下です。

２）重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。副作用の起こる確率は0.004％以下（２万５千人に１人の割合）です。場合によっては、生命に危険を及ぼすこともありますが、確率は0.00025％です。（40万人に１人の割合）

★　当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。もし、変だと感じたら、ためらわずに、すぐに声をかけてください。

## ３．検査後の遅発性副作用

副作用が出るとすれば、検査後１０分以内が殆どです。検査後、症状が無ければ副作用の心配はまずないと思いますが、ごくまれに数時間から数日後（多くは２日以内）に下記のような副作用が現れることがあります。

**【副作用】**

発疹、かゆみ、むくみ、吐き気、のどのイガイガ感、咳、冷や汗、動悸、脱力感、めまいなど。このような症状が現れましたら、電話にてお問い合わせ下さい。症状をお聞きし、受診をしていただく場合もございます。

## ４．検査後の注意点

造影剤の薬剤は、すべて尿として排泄されます。検査後はお水やお茶など水分を多めにとってください。食事は普通にとられても構いません。なお、水分を制限されている方は医師にお申し出ください。

## ５．糖尿病治療薬を服用中の方へ

糖尿病治療薬（ビグアナイド系）を飲んでいる糖尿病の方で、CTや血管造影に用いる造影剤を投与した場合、まれにですが腎臓の機能が低下し、乳酸アシドーシスという危険な状態になる場合があります。日本糖尿病学会では、造影前48時間の内服中止を推奨しています。（糖尿病治療薬を服用されている方はお申し出下さい。）

医療法人マックシール　巽病院　　TEL：０７２−７６３−５１００

# 造影剤使用に関する説明及び同意書

（カルテ用）

★ **別紙の説明を読まれて、下記の中から選択し、□にチェックしてください。**

□ 1．私は、造影検査の目的、危険性について充分な説明を受け、少なからず副作用があることを理解した上で、造影検査を受けることに同意いたします。

□ 2．現在の病状、造影検査について説明を受けましたが、造影検査を拒否いたします。そのことによる結果については、主治医、検査担当医、病院の責任を追及はいたしません。

□ 3．検査について、あるいは前ページの説明（　　）について、再説明を依頼します。

年　　月　　日　再説明を実施しました。医師名＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 再説明を受け造影剤を用いた検査の必要性を充分に理解した上で拒否いたします。そのことによる結果については、主治医、検査担当医、病院の責任を追及はいたしません。

□ 説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

年　　月　　日　　患者様（著名）＿＿＿＿＿＿＿＿

自署できない時、未成年等の場合　（著名）＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（　　）

★ **同意された方は、以下の項目にお答え下さい。【造影検査のための問診表】**

① ヨード過敏症と言われたことがありますか？
□なし　□あり

② 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、胆のう検査、血管造影

③ その時、副作用はありましたか？
□なし　□あり：発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他（　　）

④ アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
□なし　□あり：蕁麻疹、皮膚炎、鼻炎、薬（　　）、食物（　　）、その他

⑤ 今までに喘息、腎臓の働きが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？
□なし　□あり：喘息、腎不全、その他（　　）

**【CT造影検査・血管造影を受けられる方のみご記入お願いします】**

⑥ 以下の病名を言われたことはありませんか？該当するものがあれば、○をしてください。
□なし　□あり：糖尿病、マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、褐色細胞腫、テタニー

**【糖尿病を患っておられる方のみご記入お願いします】**

⑦現在、糖尿病治療薬を服用していますか？
□いいえ　□はい

⑧上記⑥にて、「はい」とお答え頂いた方にお聞きします。そのお薬の名前で、該当するものに○をしていただくか、お薬の名前をお書き下さい。
メルビン錠250mｇ、メデット錠250mｇ、グリコラン錠250mｇ、ネルビス錠250mｇ、メトホルミン塩酸塩錠250mｇ「トーワ」、メトリオン錠250mｇ、ジベトス錠50mｇ、塩酸ブホルミン錠50mｇ「ミタ」、ジベトンS腸溶錠50mｇ（その他　　）

⑨上記のお薬を服用されている方へ。これらのお薬を服用されている患者様は、造影検査の2日前（　　月　　日）からお薬の服用を止めて検査へおこしください。

---

★ 検査・処置に関する説明を行い、本文書において、同意もしくは拒否されたことを確認しました。

年　　月　　日　　確認医師＿＿＿＿＿＿＿＿

# 造影剤使用に関する説明及び同意書

（患者様用）

★ **別紙の説明を読まれて、下記の中から選択し、□にチェックしてください。**

□ 1．私は、造影検査の目的、危険性について充分な説明を受け、少なからず副作用があることを理解した上で、造影検査を受けることに同意いたします。

□ 2．現在の病状、造影検査について説明を受けましたが、造影検査を拒否いたします。そのことによる結果については、主治医、検査担当医、病院の責任を追及はいたしません。

□ 3．検査について、あるいは前ページの説明（　　）について、再説明を依頼します。

年　　月　　日　再説明を実施しました。医師名＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 再説明を受け造影剤を用いた検査の必要性を充分に理解した上で拒否いたします。そのことによる結果については、主治医、検査担当医、病院の責任を追及はいたしません。

□ 説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

年　　月　　日　　患者様（著名）＿＿＿＿＿＿＿＿

自署できない時、未成年等の場合　（著名）＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（　　）

★ **同意された方は、以下の項目にお答え下さい。【造影検査のための問診表】**

① ヨード過敏症と言われたことがありますか？
□なし　□あり

② 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、胆のう検査、血管造影

③ その時、副作用はありましたか？
□なし　□あり：発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他（　　）

④ アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
□なし　□あり：蕁麻疹、皮膚炎、鼻炎、薬（　　）、食物（　　）、その他

⑤ 今までに喘息、腎臓の働きが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？
□なし　□あり：喘息、腎不全、その他（　　）

**【CT造影検査・血管造影を受けられる方のみご記入お願いします】**

⑥ 以下の病名を言われたことはありませんか？該当するものがあれば、○をしてください。
□なし　□あり：糖尿病、マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、褐色細胞腫、テタニー

**【糖尿病を患っておられる方のみご記入お願いします】**

⑦現在、糖尿病治療薬を服用していますか？
□いいえ　□はい

⑧上記⑥にて、「はい」とお答え頂いた方にお聞きします。そのお薬の名前で、該当するものに○をしていただくか、お薬の名前をお書き下さい。
メルビン錠250mｇ、メデット錠250mｇ、グリコラン錠250mｇ、ネルビス錠250mｇ、メトホルミン塩酸塩錠250mｇ「トーワ」、メトリオン錠250mｇ、ジベトス錠50mｇ、塩酸ブホルミン錠50mｇ「ミタ」、ジベトンS腸溶錠50mｇ（その他　　）

⑨上記のお薬を服用されている方へ。これらのお薬を服用されている患者様は、造影検査の2日前（　　月　　日）からお薬の服用を止めて検査へおこしください。

---

★ 検査・処置に関する説明を行い、本文書において、同意もしくは拒否されたことを確認しました。

年　　月　　日　　確認医師＿＿＿＿＿＿＿＿