

## CT 造影検査同意書

患者さん用

検査日 西暦 年 月 日

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 病院長殿

私は、担当医師から造影検査の目的、危険性について十分な説明を受け、造影検査に関する説明文を読んだ上で、様々な副作用が起こりうることを理解しました。診断のための必要性和危険性を考慮したうえで、造影検査を受けることに同意いたします。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いたします。

本人 (同意した日) 西暦 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

代理人 \*検査を受ける方が未成年や意識障害などのある場合

氏名 \_\_\_\_\_

(患者さんとの間柄: \_\_\_\_\_)

説明医師 (説明した日) 西暦 年 月 日

医師署名 \_\_\_\_\_

※ 一旦同意された後でも、同意はいつでも撤回できます。その場合は担当医にご連絡いただくか、検査当日にスタッフまでお申し出ください。

※説明医師へ

当日、造影の危険性が高いと判断された場合は、造影しない場合があります。

## 造影検査問診票

この問診票は、検査をできるだけ安全確実に行うためのものです。おわかりになる範囲でなるべく正確に記入をお願いします。また、検査の際には必ずこの問診票をご持参下さい。検査当日、医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承下さい。

検査名：CT

検査日：西暦                      年                      月                      日

氏名                                      様      才      身長              cm      体重              kg

1. 今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか？  
なし      あり      (CT・MRI・血管造影・腎尿路検査・胆嚢検査)
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、何か副作用はありましたか？  
なし      あり      発疹・吐き気・咳・くしゃみ・その他 (                                      )
3. アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか？  
なし      あり      ぜんそく (小児ぜんそく含む)・じん麻疹・アトピー  
アレルギー性鼻炎・花粉症  
食べものによるアレルギー (                                      )
4. ご家族の方でアレルギー性の病気やアレルギー性体質などがありますか？  
なし      あり (                                      )
5. 現在、糖尿病の薬を飲んでいますか？  
なし      あり      薬剤名 (                                      )
6. 体内に何か金属はありますか？  
なし      あり      心臓ペースメーカー・人工内耳 (移植蝸牛刺激装置)  
人工骨頭・脳動脈クリップ・その他 (                                      )
7. 腎臓の病気、そのほか何か持病や手術を受けたことがあればご記入ください。  
(                                      )
8. 女性の方にお聞きします。下記のいずれかにチェックをして下さい。  
妊娠していない      妊娠中      妊娠の可能性がある

## 造影 CT 検査を受けられる方へ

造影 CT 検査とは、ヨードを含む薬（造影剤）を血管内に注射しながら行う X 線 CT 検査です。造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などがより詳しく描出され、病状によっては、診断・治療に大変役立ちます。

### ●造影剤使用の禁忌・原則禁忌

**禁忌：**造影剤を使用してはならない場合

- ・今までに造影剤やヨードに過敏症（副作用）をおこした事のある方
- ・重篤な甲状腺疾患

**原則禁忌：**造影剤を使用しない事を原則とする

- ・気管支喘息（以前にかかった場合も含む）
- ・褐色細胞腫・多発性骨髄腫・マクログロブリン血症・テタニーの方
- ・全身状態が極度に悪い方
- ・重い腎臓・心臓・肝臓病の方

造影剤使用の禁忌・原則禁忌にあたる場合でも、主治医により造影剤による検査が必要と判断された場合、検査時の主治医の立ち会いのもとで造影剤を使用する場合があります。必ず主治医と相談しておいて下さい。

検査直前に申告頂いた場合は、主治医への確認などのため時間を要し、検査が遅れる事があり、場合によっては、造影無しでの検査へ変更又は検査中止となる場合があります。

### ●造影剤の副作用

**軽い副作用（頻度は 100 人に 3～5 人）**

吐き気、嘔吐、頭痛、めまい

蕁麻疹、発疹、かゆみ、手足のむくみ、発熱、せきなど

**重い副作用（頻度は約 2500 人に 1 人）**

まれにショックやアナフィラキシー様反応（意識障害・呼吸困難・血圧低下など）が生じ、治療が必要となり、後遺症が残る可能性があります。また入院や手術が必要となる可能性があり、病状・体質によっては約 10～20 万人に 1 人の割合で死亡する場合があります。

## ●その他の注意事項

- 造影剤を今まで使用していて副作用が出なかったから今回も大丈夫、という補償はありません。副作用のリスクは毎回同じと考えてください。
- 喘息の既往のある方は、そうでない方に比べて重い副作用を起こす確率が 10 倍高いと報告されています。
- 薬剤過敏症や蕁麻疹などアレルギー体質の方は副作用の発現率が高くなることが報告されています。
- 検査後一週間程度の時間がたってからも、発疹・かゆみなどの遅発性副作用が起こる場合がごく稀にあります。
- 造影剤注入中・注入直後に、一時的に気分が不快になる事があります。血管の反射による血圧の低下で過敏症ではありません。

## ●造影剤との併用注意

糖尿病でビグアナイド系薬剤を服用している場合

### ビグアナイド系薬剤

メトグルコ錠、メトホルミン塩酸塩錠、グリコラン錠、ジベトス錠、イニシンク配合錠、メタクト配合錠、エクメット配合錠、メトアナ配合錠

- 造影剤と併用することにより副作用が増加する可能性があります。腎機能(eGFR)が30~60mL/分/1.73m<sup>2</sup>の方では、造影剤使用後 48 時間は上記薬剤を休薬していただきます。
- 糖尿病で上記薬剤を内服されている方は検査前までに主治医にご確認下さい。
- 検査直前に申告いただいた場合は、造影無しの検査へ変更となる場合があります。

## ●造影剤の血管外漏出（注射漏れ）について

造影剤は、血管内に注射し、そこから勢い良く注入します。そのため、血管が弱く注入圧に耐えられない場合、造影剤が血管外に漏れる事があります。

症状や対処法は漏れた量や部位により異なりますが、漏れてから半日ぐらいは症状（腫脹・痛みなど）が悪化し、その後内出血と同様に吸収されます。非常に稀ですが、重篤例ではコンパートメント症候群（組織、血管、神経の壊死や機能障害）が報告されており、切開などの処置が必要な場合もあります。

以上の説明をご理解いただいた上で、別紙の同意書にご署名の上、造影検査問診票も必ずご記入下さい。同意書に記入された後でも、検査直前まで造影検査を撤回する事は可能です。また、検査時、副作用の危険性が高いと検査担当医が判断した場合には、同意されていても造影検査ができない場合があります。