

# ヨード造影剤使用に関する問診票ならびに説明・同意書

- ① 造影剤は、正常と病変の区別を容易にする目的や血管を見るために用います。
- ② CT 検査で用いる経静脈性造影剤は『非イオン性ヨード造影剤』です。
- ③ 血管壁が弱い場合、造影剤が血管外に漏れて一時的に局所が腫れることがあります。
- ④ 稀ではありますが次のようなアレルギーなどの副作用を起こす場合があります。  
副作用：吐き気・ジンマシン（約 500 件に 1 件）といった軽いものから、  
浮腫やショックといった重症（約 2 万 5 千件に 1 件）、死亡（約 40 万件に 1 件）まで
- ⑤ 喘息やアレルギー体質の方は、副作用がおこる可能性が高いといわれております。
- ⑥ この造影剤では腎機能障害がおきることがあり、高齢者・糖尿病・腎機能が低下している方などでは、腎機能が悪化する危険性が特に高いといわれています。
- ⑦ ビグアナイド系糖尿病薬は検査当日から 2 日後まで服薬を中止していただきます。
- ⑧  $\beta$  ブロッカーを内服しているとアレルギーを起こす可能性が高くなると言われています。
- ⑨ 以下の問診票に必ずお答えの上、同意なされる方はご署名下さい。

## \*\*\*問診票（必ず該当する部分に○をつけて下さい）\*\*\*

1. 両親・兄弟にアレルギー体質の方はいますか？ (ない、ある)
2. 食物・薬などでアレルギーを起こしたことはありますか？ (ない、ある)
3. 1 年以内に気管支喘息と診断され治療を受けたことはありますか？ (ない、ある)
4. ヨード造影剤で副作用を起こしたことはありますか？ (造影剤は初めて、ない、ある)

説明・問診医師名 \_\_\_\_\_ (※医師以外は無効です)

上記の造影剤に関する副作用を理解したうえで造影 CT 検査を受けることに同意します。  
検査中に救急救命の処置を行う必要が生じた場合には、担当医師に一任します。

年 月 日 患者氏名 \_\_\_\_\_

(代筆者 続柄： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ )

\*但し、一旦同意をしても、検査が開始されるまでは同意を撤回することができます。  
その場合は検査担当者にお伝えください。

<午前中の検査の方>	<午後の検査の方>
朝は食事をしないで下さい。 但し水は飲んで結構です。	朝食は午前 8 時頃までにすませ、検査が終わるまでは何も 食べないで下さい。但し水は飲んで結構です。

食事	看護師	技師	医師
無・有			