

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います。
- 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 β 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いわれています。
- 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. 5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)
 5. 4で「ある」と答えた方 その時アレルギーと判定されましたか？ (症状：)
- (判定されていない 判定された よくわからない) ※判定された・よくわからない場合は禁忌同意書が必要です

説明・問診医師名 (※医師以外は無効となります)

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ある場合には、担当医師に一任します。

年 月 日 患者氏名

生年月日 年 月 日

(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。
その場合は各外来や病棟、もしく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 | | | | |