

# 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できます。
- 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言われています。
  - 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・よくわからないの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生じた場合には、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			