

ヨード造影剤使用についての問診票（CT）

記入日 20 年 月 日

氏名 _____ 本人以外が記載した場合（続柄： _____） 身長（ _____ ）cm. 体重（ _____ ）kg

今回のCT検査では、造影剤を体内に投与して検査を行います。この造影剤による副作用として、かゆみ、じんましん、くしゃみ、吐き気、嘔吐、また、ごくまれにショックなどが起こることがあります。この副作用のリスクを予知するために以下の質問にお答え下さい。

1. ぜんそく、アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

- なし ぜんそく じんましん アトピー性皮膚炎 食物に対するアレルギー
アレルギー性鼻炎 飲み薬・注射薬（ _____ ）に対するアレルギーや副作用歴
ヨードアレルギー その他（ _____ ）

2. いままで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？

- なし あり 分からない

2'. 2で“あり”と答えた方、造影剤で副作用が起きたことがありますか？なしあり

● 何の検査で起こりましたか？

- CT MRI 血管造影 腎臓造影 胆のう造影 心臓カテーテル
RI（アイソトープ） その他（ _____ ） 分からない

● どのような、副作用でしたか？

- じんましん 発赤 くしゃみ 咳 あくび 口内異常 おう吐
吐き気 頭痛 顔面むくみ のどの違和感 その他（ _____ ）

3. 心臓病、腎臓病などの以下の病気がありますか？

- なし 心臓病 高血圧 腎臓病 透析中 けいれん 多発性骨髄腫 重症甲状腺機能亢進症

3'. 心臓の薬（βブロッカー）を飲まれていますか？ はい いいえ

お薬の名前（ _____ ）

4. 糖尿病はありますか？

- なし あり

4'. 4で“あり”と答えた方

現在、1日2回もしくは3回、食後に服用する種類の糖尿病薬（メトホルミン；商品名：メトグルコ錠、メルビン錠、グリコラン錠、メデット錠、ネルビス錠、メトリオン錠など）（参照：お薬の写真あります）を服用していますか？

いいえ（ または検査前後48時間服用を中止しています）はい〔ヨード造影剤を用いて検査を行う場合、担当医の指示に従い内服の一時中止が必要です〕

5. 女性のみお答え下さい：妊娠・授乳について

現在、妊娠していますか いいえ はい わからない現在、授乳中ですか いいえ はい

同意書（木沢記念病院にて記入）

この薬剤を用いると、より**正確な診断**が出来るため、**最良の治療**の立案に役立ちます。造影剤を使用しなくても検査は行えますが、病気の種類によっては正確な診断が難しい場合があります。

造影剤は安全な薬剤ですが、一般の薬と同様に、まれに副作用が起こる可能性があります。万一、副作用が現れた場合にはすぐに対処できるよう準備を整えています。

・以下は、造影検査時に起こりえることの説明です。

1. 一時的に、かゆみや発赤(赤くなること)、不快感などの症状が出る場合がありますが、
基本的に治療を要しません。およそ 100 人に 5 人以下の頻度です。
2. ごくまれに入院治療が必要な、重い副作用（ショック、血圧低下など）が起こる場合があります。

その頻度は過去の統計によれば、

右記の表の通りです。

(ただし、問診内容によって副作用の頻度は変動します。)

	重い副作用	死亡
CT 用造影剤	2.5 万分の 1	40 万分の 1
MRI 用造影剤	1.9 万分の 1	83 万分の 1

(頻度は日本医学放射線学会誌 2005 年第 65 巻第 3 号の資料、鳴海・中村らによる国内の過去約 15 年・8000 万件の統計に依ります)

3. CT 用の造影剤では、注射する際に体が一時的に熱くなりますが心配ありません。
4. CT 用の造影剤では、勢いよく造影剤を注入する必要があるため、まれに、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収されて心配ありません。ごくまれに、もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもありますが、病院側で対処します。

・造影剤の必要性を十分にご理解いただいた上で、**検査にご同意いただければ**、以下にご署名をお願い申し上げます。なお、ご質問があれば、お気軽におたずね下さい。

年	月	日	
			本人 _____
			代理人 _____ (続柄) _____
			立合者 _____ (病院関係者)

木沢医師記入

以上、造影剤による副作用の可能性を考慮した上で、正確な診断のために、造影 CT/ MRI 検査が必要と判断します。また、そのことを患者様、又は代理人に説明し、同意を得ました。

平成 _____ 年	_____ 月	_____ 日	
主治医 _____			

検査施行者記入

平成 _____ 年	_____ 月	_____ 日	放射線技師 _____
問診での該当項目			
<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 検査中止・ <input type="checkbox"/> その他 (_____))			
<input type="checkbox"/> なし			
検査時の副作用			
<input type="checkbox"/> あり (処置; _____)			
<input type="checkbox"/> なし			
使用造影剤: _____		看護師: _____	