

# CT検査 造影剤使用の説明書・問診票・同意書

## 説明

- 造影剤を使用することで、病変が明瞭となり詳しい情報を得ることができ、正確な診断に役立ちます。
- 最近の造影剤は改良され副作用の頻度が低下し、その程度も軽度になってきていますが、時として以下のような症状の出現する場合があります。
- (1)軽い副作用として吐き気、嘔吐、動悸などがあります。経過観察のみで対応します。  
このような副作用の起こる確率は、約100人に1人以下です。
- (2)重い副作用として呼吸困難・血圧低下・全身のむくみ、意識障害などで、入院・処置など治療が必要で、後遺症が残る可能性もあります。  
このような副作用の起こる確率は1万人に1人以下です。
- (3)非常にまれですが、病状・体質によっては100万人に1人程度の割合で死亡にいたる場合があります。
- 造影剤を注射するときには、体が熱くなることがありますが、一時的なもので心配はいりません。
- 造影剤は血管（静脈）に注射します。注射する際、まれに造影剤が血管の外にもれる場合があります。基本的には時間がたてば吸収されるので心配ありません。非常にまれですが、漏れた造影剤が多い場合には、別の処置が必要になることもあります。

## 注意

- ビグアナイド系糖尿病薬（メトグルコ、メトホルミン、メドット、エクメット等）を服用の方はCT造影検査前48時間（緊急検査時除く）検査終了後48時間はお薬を服用しないでください。
- 造影剤は母乳に移行します。授乳中の方は、造影検査終了後48時間は授乳しないでください。
- 検査中に異常を感じた時には、副作用に対応するためすぐにお知らせください。また、検査直後に異常はなくても数時間から数日の間に副作用が現れることがあります。ご心配な時はご連絡ください。

## 問診

- 副作用が出現した場合は、すぐ対応できるように準備は整えていますが、ある程度これらの副作用を予知し、安全に検査が出来るように以下の質問にお答えください。（□にチェック）

(1) 造影剤を用いた検査を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【検査名： <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明】
(2) その際に副作用はありましたか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【症状： <input type="checkbox"/> かゆみ・むくみ <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）】
(3) 現在心臓の病気はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名（ ）
(4) 現在腎臓の病気はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名（ ）
(5) 現在糖尿病のお薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名（ ）
(6) 現在甲状腺の病気はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名（ ）
(7) アレルギー性の病気や体質はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 薬による副作用（ ）
(6) 妊娠中・授乳中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## CT 造影検査同意書

造影検査の目的・必要性・有用性・副作用などに関して十分に説明を主治医より受け、今回の検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者名 \_\_\_\_\_ (患者との続柄: \_\_\_\_\_)

説明医師 \_\_\_\_\_