

佐々総合病院 ヨード造影剤問診票

氏名: _____ 様 発行日: _____

生年月日: _____ 検査日: _____

1) ヨード造影剤過敏症またはその疑いと診断されたことはありますか？

あり ・ なし

ありの場合、もしご存じでしたらその時の造影剤の薬品名をご記入ください。

(_____)

「ある」とお答えの方は以下の症状のうち出現した症状全てに丸印をお願いします。

造影剤投与直後の

じんましん、くしゃみ、鼻水（造影剤投与前からこれらの症状があった場合は除く）

呼吸困難、顔面紅斑、全身紅斑、喉頭浮腫、血圧低下、ショック

その他の症状が出現した場合には下欄に記入してください。

(_____)

2) 医師により下記の病気と診断されたことがありますか？

はい いいえ

重篤な甲状腺疾患、気管支喘息、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、
褐色細胞腫、パラガングリオーマ

3) 糖尿病の薬を飲んでいますか？

はい いいえ

薬品名 (_____)

4) 痛み止めを飲んでいますか？

はい いいえ

薬品名 (_____)

5) 心臓病の薬を飲んでいますか？

はい いいえ

薬品名 (_____)

6) 現在の体重

kg

測定

・

自己申告

医療スタッフ記入欄

● アレルギー性疾患または体質の確認

あり なし

花粉 アレルギー性鼻炎・結膜炎 薬剤 食べ物 その他 (_____)

A: 患者問診で 1)、2) に該当

指示医の判断で検査可

あり なし

B: 喘息既往歴（最終発作 _____）

指示医の判断で検査可

あり なし

C: ビクアナイド系の糖尿病薬の処方（検査前48時間、検査後48時間休薬）あり なし

D: NSAIDsの処方 ※湿布以外（検査前24時間の休薬を推奨）あり なし

E: β ブロッカーの投与 あり なし

F: eGFR: _____ ml/min 測定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ eGFR: 30以上の場合検査可能（検査日より3ヶ月以内の数値が有効）

指示医署名

佐々総合病院 ヨード造影剤に関する説明書・同意書

氏名: _____ 様 発行日: _____

生年月日: _____ 検査日: _____

造影剤は、病気を診断する上での重要な情報を得るために役立ちますが副作用が起きる場合があります。以下の説明をご理解、ご納得の上で、問診票記入と同意書署名をお願いします。

1. 造影剤とは、病気の存在や性質をより詳しく知るために用いられる検査薬です。
CT検査では、通常、静脈に針を刺して自動注入器を用いて投与します。
腎機能が正常であれば、注射後6時間程度で90%が腎臓から排出され、やがて全てが体外に排泄されます。
2. 血管内に注入された造影剤は、血液と共に全身の臓器に届きます。従って、造影剤を投与することで血管腔の状態、臓器の血流状態、および病変での造影剤の状態がわかり、画像診断上重要な情報が得られるようになります。
3. 自動注入器を使用するために血管外に造影剤が漏れることがあります。注射した部位が腫れたり痛みを伴うこともあります。ほとんどの場合は時間がたてば自然に吸収されるので心配はありませんが、漏れた量が非常に多い場合には外科的処置が必要となることもあります。
4. 造影剤の血管内投与で、副作用が起きる場合があります。副作用が起きることを投与前に予測することは困難です。重篤副作用発現率は、ヨードまたはヨード造影剤過敏症の既往がある場合には6倍、喘息既往がある場合には8～10倍、造影剤以外のアレルギー歴がある場合には3倍、重篤心障害がある場合には2.5倍になるとされています。
5. 造影剤による副作用には、軽症な副作用、重篤な副作用、死亡があります。副作用のほとんどは検査中に起きる「即時性副作用」です。検査終了後から数日後におきる「遅発性副作用」が見られることもあります。副作用のほとんどは一過性であり、通常は自然に回復します。副作用と思われる症状が発現した場合には、速やかに連絡してください。
外来患者さんの場合、造影検査後帰宅される場合でも、造影剤投与から30分は院内にてお待ちください。大変まれではありますが、死亡することがあります。
正確な頻度は不明ですが、10万人～40万人に一人程度とされています。
6. 造影剤投与後の24時間以内の母乳移行は投与量の1%未満とされています。乳児消化管からの母乳造影摂取はさらに少なくごく微量です。そのため授乳を中止する必要はないとされています。
気になるようであれば、造影剤投与後24時間の授乳をさけてください。
7. 同意された後でも検査直前にやめることが可能です。
その場合はスタッフにお申し出ください。

【副作用の種類】

- 1) 軽い副作用 {吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、蕁麻疹、発疹、手足のむくみ、発熱、
かゆみ、くしゃみ、咳、悪寒、戦慄、動悸など} ……100人につき5人以下
- 2) 重い副作用 {呼吸困難、血圧低下、顔面浮腫、喉頭浮腫、腎不全、造影剤脳症など}
……………1万～3万人に1人程度
- 3) 死亡……………10万～40万人に1人程度

指示医

説明者

私は造影剤を用いる検査とその危険性（副作用等）について納得しましたので、造影剤を使用すること及び、緊急処置の必要が生じた場合に適切な処置を受けることについて

☐同意します ☐同意しません 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名（署名） _____

代理人（署名） _____ 続柄 _____