

## 造影 CT などのヨード造影剤使用に関する説明書

### ① 造影剤使用の必要性

造影剤という注射薬を使用した検査が予定されています。造影剤を使用することにより、病気の有無、その性質や広がりなど重要な情報を得ることができ、今後の診療に役立ちます。

### ② 造影剤使用の副作用・合併症

造影剤を注入中に体が熱くなることがありますが、造影剤による一時的な刺激で心配ありません。急速注射による造影剤の血管外漏出が生じることがまれにあります。多量の漏れが生じた場合には、治療処置が必要になることがあります。

造影剤も他の薬剤と同様に、まれに体にあわず、下記のようなアレルギー反応を示す場合があります。

◆軽度:吐き気、嘔吐、発疹、かゆみなど(2~5%)

◆重度:呼吸困難、血圧低下(0.1%以下)、心停止(約 0.002%)、死亡例(約 0.0002%)

腎機能が低下している場合に、まれに透析が必要な腎不全が起こることがあります。

ビグアナイド系の経口糖尿病薬を飲んでいる方に、まれに乳酸アシドーシスという重篤な副作用が起こる場合があります。糖尿病薬を服用の方は、お申し出ください。

### ③ 造影剤を使用すべきではない場合(禁忌)

ヨードまたはヨード造影剤で治療が必要な過敏症(アレルギー反応など)の経験がある  
重篤な甲状腺疾患がある

### ④ 造影剤使用の危険が高くなる場合(原則禁忌)

以下の場合、特に造影検査の有用性が危険性を上回るとされる場合に限り、副作用への適切な処置や準備をした上で造影を施行します。

軽いヨード過敏症の経験 気管支喘息 重篤な腎障害 重篤な心疾患 重篤な肝障害  
マクログロブリン血症 多発性骨髄腫 テタニー 褐色細胞腫(疑い含む)  
全身状態が著しく不良

### ⑤ 造影剤による副作用・合併症への対応

万が一、検査中に異常が見られた場合は検査を中止し、院内の医師・看護師によって直ちに治療できるよう万全の体制を整えて検査を行っています。副作用は投与後 30 分以内に起こることが多いですが、1 時間以上、時に数日後にかゆみ、じんましん、倦怠感など生じる場合もあります。ほとんどの場合は一時的なものです。副作用が疑われた場合は、当院へ遠慮なく御連絡下さい。

連絡先 済生会八幡病院 ☎093-330-5211

### ⑥ 造影剤の使用に同意いただけない場合・造影剤を使用できない場合

当院での診療で一切の不利益は生じませんが、病気によっては造影剤を使わないと正確な診断ができず、適切な治療ができないことがあります。

### ⑦ 造影剤使用の同意撤回

造影剤使用に対する同意は、検査までいつでも撤回できます。

### ⑧ 授乳中のかたは別に資料をお渡ししますので、申し出て下さい。

## 造影 CT などのヨード造影剤使用のチェックリスト兼同意書

このチェックリスト兼同意書の有効期限は、署名記入日より、6ヶ月です。下記のチェック項目が有りの場合や、eGFR<30 の場合は、担当医師の確認が必要です。「採血結果、当日みて」の指示の場合は、採血日・eGFR の値は、検査施行時に追記します。

造影検査チェックリスト: 医療関係者記入欄 (各診療科にて造影検査前に、ご記入をよろしくおねがいします。)		
ヨード・ヨード造影剤 副作用歴	<input type="checkbox"/> : なし <input type="checkbox"/> : あり <input type="checkbox"/> : 造影剤初使用	<input type="checkbox"/> : 詳細不明 禁忌 <input type="checkbox"/> : 中等症以上の副作用※1 禁忌 <input type="checkbox"/> : 軽症の副作用 造影剤変更・前投薬検討※2
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> : なし <input type="checkbox"/> : あり	<input type="checkbox"/> : 未治療の甲状腺機能亢進症 禁忌 <input type="checkbox"/> : 上記以外 慎重投与
気管支喘息	<input type="checkbox"/> : なし <input type="checkbox"/> : あり	<input type="checkbox"/> : 未治療・コントロール不良 禁忌 <input type="checkbox"/> : 治療でコントロール良好 前投薬検討※2 <input type="checkbox"/> : 3年以上無治療・無症状 慎重投与
ビグアナイド系経口糖尿病薬 (eGFR<30 の場合は上記薬剤使用禁忌です。)	<input type="checkbox"/> : なし <input type="checkbox"/> : あり 薬品名:	<input type="checkbox"/> : eGFR<30 以後、内服中止が必要 <input type="checkbox"/> : 30≤eGFR<60 検査日入れて計 3 日間休薬が必要 <input type="checkbox"/> : 60≤eGFR 休薬不要
乳癌の手術歴	<input type="checkbox"/> : なし <input type="checkbox"/> : あり	手術側 <input type="checkbox"/> : 右 <input type="checkbox"/> : 左 <input type="checkbox"/> : 両側
腎機能検査※3 採血日 \$EXAM_eGFR02_Doc eGFR \$EXAM_eGFR01_Doc ml/min/1.73 m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> : eGFR≥30 <input type="checkbox"/> : 透析中 <input type="checkbox"/> : eGFR<30	造影可 造影可 透析シャント側 <input type="checkbox"/> : 右 <input type="checkbox"/> : 左 <input type="checkbox"/> : 両側 造影前後の点滴を推奨※4
体重	kg	

## 同意書署名記入欄

福岡県済生会八幡総合病院長 殿

私は造影剤を使用した検査を受けるにあたり、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私はこの検査を受けるかどうかを検討するにあたり、そのための時間を十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づきこの検査を行うことに同意いたします。

令和 年 月 日

担当医師

印

患者氏名(署名又は印)

代理人氏名(署名又は印)

備考 ※1 中等症の副作用: 全身性のじんま疹・発疹、喘鳴、呼吸困難など。 ※2 前投薬: 造影剤投与 12 および 2 時間前にプレドニゾン 30mg 経口投与を推奨。 ※3 急性疾患では 7 日以内、慢性疾患では 3ヶ月以内のデータが望ましいが、臨床的に腎機能の悪化を示唆する所見や腎毒性を有する薬物投与がない場合、約 1 年以内のデータで判定。 ※4 推奨される点滴 重曹液(炭酸水素 Na 静注 1.26%)または生理食塩液を推奨。