

## ヨード造影剤に関する説明と同意書

当院では、ヨード造影剤を用いた検査を安全に行うために事前に説明を行い、既往歴の確認をさせて頂いております。

ご理解のうえ、ご同意頂けましたら同意書に署名をお願いします。

### 【造影剤を使用する利点について】

使用する造影剤はヨード造影剤です。薬液は体重によって量を調節します。健康成人であれば 24 時間でほとんど尿中に排泄されます。造影剤は全身に分布しますが、特に検査する部位（臓器）で、血流の状態や血管の位置が鮮明になることで病変がわかりやすくなり診断に重要な情報が多く得られる利点があります。

### 【副作用について】

ヨード造影剤は、比較的安全な薬品ですが、場合によっては次のような副作用を起こすことがあります。

1. 軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・発疹・かゆみ・熱感などの症状で特に治療を要しないものです。発生頻度は3% 100人につき3人くらいです。
2. 重い副作用：呼吸困難・意識障害・血圧低下・腎不全・肺水腫などの症状で治療が必要となり、後遺症が残る可能性があります。発生頻度は0.01% 1万人に1人くらいです。

●10万-20万人に1人の割合（0.0005~0.001%）で死亡事例の報告もあります。

●喘息の既往がある方は、そうでない方に比べて重い副作用の起こる確率が約10倍高いと報告されています。

●アレルギー体質・薬剤過敏症・脱水症状・高血圧症・動脈硬化・糖尿病・甲状腺疾患  
肝機能低下のある方や高齢者および幼児・小児は慎重投与となります。

●急速に造影剤を注入する場合には、血管外に漏れて注射部位に腫れや痛みを伴うことがあります。多くの場合は自然に回復しますが、まれに治療が必要となります。

### 【副作用への対応】

こうした副作用がいつ発生するかを事前に把握することは出来ません。当院では、副作用が出現した場合には、迅速に対応できる準備と体制を整えて検査をしています。また、副作用の既往のある方には状況により予防のため薬剤を事前に処方させて頂くこともあります。**造影剤注入後、少しでも変だと感じたら（便意・冷や汗・生あくび等）すぐに声をおかけください。**

●検査後数時間から数日経過して発疹・吐き気・かゆみなどの遅発性の副作用が出る場合がございます。症状出現時には病院へご連絡ください。

### 副作用を防ぐために

- ・検査前に脱水にならないよう普段と同じように水分摂取をして下さい。
- ・検査終了後は、造影剤を体外に排泄させるために十分な水分摂取を心がけて下さい。
- ・授乳中の方は、検査後24時間は授乳を止めて下さい。

## 問診票（安全に検査を受けていただくために正確にお答えください）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1. 今までに、薬を飲んだり、注射をして気分が悪くなったり、発疹がでたことはありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 両親・兄弟に気管支喘息、じんま疹をおこす方、造影剤を使用した検査で副作用のでた方はいらっしゃいますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 気管支喘息やアレルギー体質がありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 今までに造影剤を使った検査をしたことがありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ●「はい」の方 造影剤を使った検査は以下のうちどれですか？<br><input type="checkbox"/> CT 検査 <input type="checkbox"/> MRI 検査 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 胆嚢検査 <input type="checkbox"/> 腎臓検査 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |
| 造影剤を使った検査の時、副作用が起きましたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ●「はい」の方 副作用はどのような症状でしたか？<br><input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                          |
| 5. 現在治療中のご病気はありますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ●「はい」の方 治療中のご病気は以下のうちどれですか？<br><input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                          |
| ●以下の糖尿病治療薬を内服中の場合は原則的に休薬が必要です（ビグアナイド系）<br><input type="checkbox"/> メトグルコ錠 <input type="checkbox"/> メトホルミン塩酸塩錠 MT 各社<br><input type="checkbox"/> グリコラン錠 <input type="checkbox"/> ネルビス錠 <input type="checkbox"/> メデット錠 <input type="checkbox"/> メトホルミン塩酸塩錠各社<br><input type="checkbox"/> ジベトス錠 <input type="checkbox"/> ジベトン S 腸溶錠 <input type="checkbox"/> エクメット配合錠 LD<br><input type="checkbox"/> メタクト配合錠 LD <input type="checkbox"/> メタクト配合錠 HD <input type="checkbox"/> エクメット配合錠 HD<br><input type="checkbox"/> メトアナ配合錠 HD <input type="checkbox"/> イニシンク配合錠<br>休薬期間      月      日      ～      月      日まで（緊急時除く前後2日間） |                                                          |
| 6. 妊娠をされている可能性はありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7. 授乳中ですか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

不明な点やご心配事がありましたら検査直前までにご遠慮なくスタッフにお聞きください。

以上の説明を行いました。

幸有会記念病院

年      月      日

医師名：

1901

造影剤使用にあたり、その使用目的・利点と副作用の危険性について説明を受けました。  
 説明の内容を理解したうえで、造影剤投与を受けることを同意します。また緊急または予想外の処置をする必要が生じた場合には、適宜処置されることについても同意いたします。

年      月      日

患者さん御署名

代理者署名

（続柄：      ）

（ご本人が署名される場合は患者氏名のみご記入ください。代理の方が署名される場合は両方ご記入ください。）

- 【ご注意】 1. 検査開始時刻が午前中の方は朝食を、午後の方は昼食を摂らずにご来院下さい。  
 2. 検査日時の変更・キャンセルは、やむを得ない事情を除き前日までにご連絡下さい。