

## ヨード造影剤を用いる検査を受けられる方へ

○ 今回実施するX線検査はヨード造影剤という薬を注射して行います。造影剤を静脈内に注射することで血管の状態、臓器の血流、病変部の血流状態など通常の検査に比べて詳しくわかり、病気の診断や治療方針をきめるのに役立ちます。

造影剤を使うかどうかは検査の部位や目的によって様々で、検査に応じて医師が判断いたします。

最近では副作用の少ないものが開発され用いられていますが、どんなに安全な薬剤でも副作用が絶対ないとは言えません。下記に示すような副作用が起こることもあります。

○ ヨード造影剤でおこりうる副作用（種類、発生頻度）

即時性副作用（検査中または直後）

- |                          |         |
|--------------------------|---------|
| ・蕁麻疹・気分不快・かゆみ・発疹などの軽い副作用 | 100人に数人 |
| ・血圧低下・呼吸困難・意識障害などの重い副作用  | 1万人に数人  |
| ・ショックまれに心停止などの重篤な副作用     | 数十万人に1人 |
| ・病状体質によってまれに死亡に至る例もあります。 |         |

遅発性副作用

造影剤による副作用は大部分が検査中または検査終了直後におこりますが、まれに検査終了数時間から数日後に上記症状が出る場合があります。

上記症状が疑われたときはすぐに来院してください。

上記症状が疑われたときはすぐにお近くの医療施設または当院救急外来を受診してください。

**新東京病院救急外来 047-711-8700 内線 6102**

○ 造影剤を勢いよく注射する場合には、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、痛みを伴うことがあります。基本的には時間がたてば、吸収されて心配ありません。もれた量が多い場合には、別の処置が必要となることもありますが、非常にまれです。

○ 造影剤の副作用を避けるため、検査前には水・お茶などの水分をいつもどおりにとっておいてください。また、造影剤の速やかな排泄を促すため、主治医から水分制限を受けていない患者様は造影剤使用後に水分を多めに摂取してください。

○ 当院では、万一の副作用に対して、万全の体制を整えて、検査を行っています。

患者様には、造影剤の必要性和危険性をよく理解して頂いた上で、安全に検査を行うために、

ヨード造影剤を用いる検査のための問診表にお答えください。

## ヨード造影剤を用いる検査のための問診表

1. 今までに、造影剤(注射・点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？  
なし あり : ・CT検査 ・腎臓検査 ・胆嚢検査 ・血管造影 ・MR検査
2. その時、副作用はありましたか？  
なし あり : 発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・その他 ( )
3. 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか？  
なし あり
4. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？  
なし あり : ・じんましん ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎  
・その他 ( ) 薬のアレルギー(薬剤名 )  
・食物のアレルギー(食物名 )
5. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことがありますか？  
なし あり
6. 甲状腺機能亢進症、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかで疾患で治療を受けたことはありますか？あれば具体的にお書き下さい。  
なし あり : ( )
7. 糖尿病の薬を服用していますか？あれば薬剤名をお書き下さい  
なし あり (薬剤名 )
8. 現在心臓の薬( $\beta$ 遮断薬)を服用していますか？  
なし あり
9. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？  
なし あり わからない

上述の問診表のうち問い2-6で『あり』の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承下さい。

---

### 造影検査同意書

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

【説明】

説明年月日：平成 年 月 日

説明医師： (印)

同席者： 職種：

【同意】

同意年月日：平成 年 月 日

同意者(本人)：

【代諾者】

代諾者名： 患者さまとの関係：