

CT造影剤使用・説明と同意書



- 目的に合わせて医師の判断により造影剤の使用を決めています。
- CT検査ではヨード造影剤を腕の静脈から注射します。
- 造影剤を使用する事により病変の場所や形がより詳しく写し出され、診断に役立ちます。
- 基本的に安全な薬ですが、検査中又は検査後しばらくして下記のような副作用の可能性があります。

起こりうる副作用

- ① 軽い副作用：吐き気・動悸・かゆみ・発疹などで、無治療で軽快します。
起きる可能性はCTで5%以下、MRIで2%以下とされています。
- ② 重い副作用：呼吸困難・意識障害・腎不全・血圧低下なので、治療が必要です。
起きる可能性はCTで2000人に1人、MRIで10000人に1人とされています
- ③ 非常に低い確率ですが死亡に至る例もあります。(10~40万人に1人程度)

以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強くなる場合があります、
造影検査を行えない事があります。

- いいえ はい 今までに造影剤で副作用を起こした事がある方
いいえ はい 気管支喘息などのアレルギー性疾患がある方（現在治療中）
いいえ はい 薬剤過敏症や蕁麻疹（じんましん）などのアレルギー歴がある方
いいえ はい 甲状腺機能亢進症と言われた事がある方

以下の方は造影剤使用に際し注意が必要です。

- いいえ はい 血液検査にて腎機能の数値が悪い方（eGFR45未満）
いいえ はい ビグアイド系糖尿病薬を内服している方（検査後2日間の休薬が必要です）
いいえ はい 妊婦または妊娠の可能性がある方

- 造影剤注入に際し、まれに血管外へ漏れる事があります。
- 注射部位に腫れや痛みを伴う事がありますが、通常は時間が経つと吸収されるので問題ありません。
漏れた量が多い場合は処置が必要になる事があります。

上記の説明をご理解頂いた上で、造影剤の使用に同意していただける方はご署名をお願いします。
検査を受ける方が未成年や意識障害のある場合は代理の方がご署名をお願いします。また記入された
後でも不安があればお申し出ください。造影剤使用に際して再度確認をとらせて頂きます。

私は造影剤を使用するにあたり上記の事に説明を受け理解しました。造影剤の投与を受ける事に同意
するとともに、副作用が起きた場合は必要な治療や処置を受ける事に同意します。

同意日 年 月 日

署名(本人・代理人) _____ 身長 _____ cm

代理人の場合(患者氏名) _____ 体重 _____ kg

※身長・体重などから造影量を調整しています。

※上記の患者に対して説明を行い本文において同意された事を確認しました。

説明医師 _____