

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様  
 ID: ( \_\_\_\_\_ )

## 造影剤検査問診票

### 1. 造影検査の既往

なし  あり 造影CT、造影MRI、腎尿路造影、胆道造影、血管造影、  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

ありの場合：副作用の有無

なし  あり かゆみ、発疹（局所、全身）、吐き気、くしゃみ、めまい、  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 2. アレルギー体質・アレルギー疾患の有無

なし  あり 気管支喘息、花粉症、アトピー、その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 3. 薬物アレルギーの既往

なし  あり 抗生剤、消炎鎮痛剤、風邪薬、その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 4. 腎、甲状腺、心臓、肝疾患の有無 なし あり

過去3ヶ月以内のeGFR値 ( \_\_\_\_\_ ) ml/min/1.73m<sup>2</sup> (記載ない時は単純に変更する)

### 5. ビグアナイド系糖尿病薬（メトグルコ、ジベトス、メトホルミン塩酸塩等）の服用

なし  あり 検査後48時間休薬 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

### 6. 妊娠の有無 なし あり

判定	<input type="checkbox"/> 造影可	<input type="checkbox"/> 造影注意	<input type="checkbox"/> 造影不可
----	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

## 造影剤検査について

今回、患者様の病気の状態をより詳しく診るために造影剤を使用した検査が予定されています。造影剤は病気の有無やその性質、範囲、状態をより正確に評価するために使用する薬剤です。造影剤を使用しなくても可能な検査はありますが、造影剤を主に血管や必要部位から注入することによってより正確な診断をすることができます。

### 1) 造影剤のアレルギー性副作用

CTやMRI検査等で使用する造影剤はいずれも副作用の少ない安全な薬剤です。しかし他の薬剤と同様に、まれに体に合わずアレルギー反応を示す場合があります。

#### ・CT用造影剤

軽度：蕁麻疹、くしゃみ、かゆみ、頭痛、吐き気、嘔吐など（5%以下）

重度：呼吸困難・ショック（約0.04%）、死亡例（約0.00025%）1/40万人

#### ・MRI用造影剤

軽度：蕁麻疹、くしゃみ、かゆみ、頭痛、吐き気、嘔吐など（0.2%以下）

重度：呼吸困難・意識障害・ショックなど（約0.0052%）、死亡例（約0.00012%）

1/83万人

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様  
 ID : ( \_\_\_\_\_ )

これらの副作用を検査前に知る手立てがありませんので、検査前に問診を十分にさせて頂くとともに、検査中は医師や看護師が患者様の様子を観察し、万一、副作用が起きたときは、迅速に処置を行えるように万全の体制を整えております。また、検査中に患者様が異変を感じられたら、直ちにマイクやブザーで担当者に知らせる態勢も整えています。副作用は検査直後に起こるのがほとんどですが、稀に検査後数時間から数日の間に軽度の副作用が現れることもあります。異常を感じたら、遠慮なくお問い合わせください。

- 2) 造影剤を注入するとき一瞬体が熱く感じるがありますが心配ありません。
- 3) 検査内容によっては勢いよく造影剤を注入する必要があり、このとき稀に血管外に造影剤が漏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ますので心配ありませんが、漏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。
- 4) CT用造影剤、MRI用造影剤投与後、授乳は通常どおり継続していただいて結構です。
- 5) 検査に対する疑問や不安がありましたら、遠慮なくお問い合わせください。また、検査に同意した後、いかなる場合でも撤回することができます。

西奈良中央病院

説明医師 \_\_\_\_\_

同席看護師 \_\_\_\_\_

## 造影検査同意書

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検査の必要性・危険性について、医師の説明を理解し納得致しましたので、下記の造影検査を受けることを同意致します。

1. 造影CT 2. 造影MRI 3. 腎尿路造影 4. 胆道造影 5. その他 ( \_\_\_\_\_ )

西奈良中央病院 病院長殿

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者	氏名	
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
家族 (代理人)	氏名	
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	続柄	