

# 患者用検査説明書

## 造影検査（CT・MRI・排泄性尿路造影・その他）を受けられる方への説明

### 1. 造影検査とは

造影検査とは、CT 造影検査及び、排泄性尿路造影検査にはヨードを含む薬（ヨード造影剤）、MRI 造影検査にはガドリニウムを含む薬（ガドリニウム造影剤）または鉄分を含む薬（鉄造影剤）を血管内に注射しながら行う検査です。造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などがより詳しく描出され、診断に大変役立ちます。

### 2. 造影剤の副作用

検査に際しては、その時点での症状や以前にかかった病気、家族の方がかかった病気などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後しばらくしてから下記のような副作用症状が起きることがあります。

- 1) 軽い副作用（発生頻度はヨード造影剤で約 3～5%以下、ガドリニウム造影剤で約 1～2%以下）  
吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、じん麻疹、発疹、かゆみ、手足のむくみ、発熱、せき、など  
（鉄分を含んだ造影剤の場合、特に腰痛、背部痛が起こることがあります）
- 2) 重い副作用（発生頻度はヨード造影剤で約 2500 人に 1 人、ガドリニウム造影剤で極まれで 1 万人に 1 人以下）  
まれにショックやアナフィラキシー様反応（例えば呼吸困難や血圧低下など）が生じることがあります。（鉄分を含んだ薬の場合、重い副作用が起きる頻度は不明です）

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もあり、造影検査を行えないことがありますので、必ず問診に協力をお願いいたします。

- 1) 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのある方
- 2) 気管支喘息などのアレルギー性疾患のある方
- 3) 他の薬剤過敏症やじん麻疹なアレルギー歴のある方

### 3. 副作用の予知について

初めて造影検査を受けられる方、また今まで造影剤過敏症による症状を起こしたことのない方が、今回の造影検査で副作用を起こすかどうかをあらかじめ調べる方法は現在のところありません。

- \* 以前は少量の造影剤を使用する皮内テストや静脈内テストが行われていましたが、有効であるとの根拠がなく現在は行われておりません。

### 4. 以上の説明をご理解いただいた上で、裏面の問診表にご協力いただくと共に、同意書に署名をお願いいたします。

同意書に記入された後でも、いつ造影検査を拒否されてもかまいません。  
なお、ご不明な点は担当医師にお問い合わせください。

# 造影検査同意書

## 検査名 (CT・MRI・排泄性尿路造影・その他)

私は担当医師から造影検査の目的、危険性について十分な説明を受け、造影検査に関する説明文を読んだ上で、様々な副作用が起こりうることを理解しました。診断のための必要性と危険性を考慮した上で、造影検査を受けることに同意いたします。また、副作用がみられた時には必要な処置を受けることを承諾いたします。

\*本人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

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

\*代理人：検査を受ける方が未成年や意識傷害などのある場合

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

患者さんとの間柄 \_\_\_\_\_

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

\*説明医師

診療科 \_\_\_\_\_ 科

氏名 \_\_\_\_\_

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

## 造影剤問診票

1. 体重 ( \_\_\_\_\_ ) kg
2. 今までに造影剤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・MRI検査・血管造影・腎尿路検査・胆嚢検査)
3. 造影検査を受けたことがある方にお尋ねします。  
その時、何か副作用がありましたか？  
なし \_\_\_\_\_ あり 発疹・吐き気・その他 ( \_\_\_\_\_ )
4. アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか？  
なし \_\_\_\_\_ あり ぜんそく・じん麻疹・アトピー・アレルギー性鼻炎  
飲み薬・注射の副作用 ( \_\_\_\_\_ )  
食べものによるアレルギー ( \_\_\_\_\_ )
5. ご家族の方で、アレルギー性の病気やアレルギー体質などがありますか？  
なし \_\_\_\_\_ あり ( \_\_\_\_\_ )
6. 心臓病 (心筋梗塞・不整脈・狭心症)・腎臓病・甲状腺の病気がありますか？  
なし \_\_\_\_\_ あり ( \_\_\_\_\_ )
7. 糖尿病で服用中のお薬はありますか？  
なし \_\_\_\_\_ あり ( \_\_\_\_\_ )
8. 手術を受けたことはありますか？あればご記入ください。  
なし \_\_\_\_\_ あり ( \_\_\_\_\_ )
9. 妊娠している、又は妊娠している可能性がありますか？  
なし \_\_\_\_\_ あり ( \_\_\_\_\_ )