

## 造影剤使用検査に関する説明・同意書

患者番号： \_\_\_\_\_

様

私は、 \_\_\_\_\_ 様 に \_\_\_\_\_ 造影剤使用 \_\_\_\_\_ 検査で造影剤を使用するにあたって、以下の説明を行いました。

### 【 造影検査とは 】

造影検査とは、造影剤の注射をして行う検査です。この検査により病変の性状や部位などがわかりやすくなり、診断に大変役に立ちます。

注射された造影剤は、腎機能が正常であれば注射後約4時間で78%が尿となって排出され、12時間後にはほぼ全量が体外へと排出されます。

### 【 副作用について 】

造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬と同様に造影剤による副作用が生じる場合があります。また副作用には、検査中や直後に生じる即時性副作用と、検査終了後数時間から数日後に起きる遅発性副作用があります。

- 即時性副作用： ほとんどが、くしゃみや一時的に気分が悪くなったり、吐き気、じん麻疹が出たり、かゆみがおきたりといった軽いものです。まれに冷や汗が出たり、胸が苦しくなったりすることがあります。また約40万人に1人程度の割合で、ショックなどの重い副作用を生じることがあり、極めてまれですが死に至る報告もあります。
- 遅発性副作用： まれに、検査終了後数時間から一週間以内に頭痛や、体がだるくなったり、じん麻疹が出たりすることがあります。

これらの副作用が生じた場合には、処置、治療が必要なことがありますので、申し出てください。また、他に何か異常が現れた場合には、すぐに来院されるか、病院にご連絡ください。

説明者： \_\_\_\_\_

印

愛知国際病院 病院長殿

年 月 日

私は、この度予定された造影剤使用検査の必要性と、検査で使用する造影剤の説明を受け、十分に理解しましたので造影剤の使用に同意いたします。また、緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受ける事にも同意いたします。

本人署名： \_\_\_\_\_

印

保護者または  
代理人署名： \_\_\_\_\_

印 (続柄： \_\_\_\_\_)

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

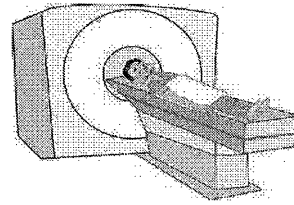
## 造影CT検査を受けられる方へ

患者番号： \_\_\_\_\_

様

あなたの検査日時は、 \_\_\_\_\_ から の予定です。  
検査当日は、開始予定の15分前までに受付を済ませ、この用紙を持参してください。  
※緊急検査等により検査時間が前後する場合がありますので、ご了承ください。

CT検査とは、CT装置の中心にある大きな穴に体を入れて、  
エックス線をあて、体の中の様子をコンピュータで処理し  
画像化する検査です。主に体の輪切りの写真が撮影できます。



### 1. 検査前のご注意

- 検査をおこなう3時間前からは、食事をとらないでください。  
(水やお茶などはお飲みいただけます。)
- 金属は検査の妨げになることがありますので、ヘアピン、アクセサリ、時計、眼鏡などは  
予めはずしておいてください。湿布等もはずしておいてください。  
また、ボタンや金属のついた服は着替えていただくことがあります。
- ペースメーカーや除細動器装着の方は検査ができないことがあります。  
以下の問診にご記入いただき、医師または看護師へ必ずお知らせください。

問 診 項 目	使 用
ペースメーカー・ステント	有 ・ 無
クリップ類（動脈瘤など）	有 ・ 無
人工関節・プレート・釘・骨折固定ボルト シリンダーネール・キュルシュナー銅線	有 ・ 無

【病院記載】  
検査実行

可 ・ 不可

- 妊娠している方または可能性のある方は事前に医師または看護師へ必ずお知らせください。

### 2. 検査中のお願い

- ベッドに仰向けに寝て、体の力をぬいてリラックスしてください。
- 検査時間は検査部位によって異なりますが、約15～30分程度です。
- 検査中は痛みをともないませんので、体を動かさないでください。
- 検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話できますので、ご安心ください。

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

愛知国際病院  
〒471-0111 愛知県日進市米野木町南山987-31  
TEL：0561-73-7721

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

## ヨード造影剤使用のための問診票

記載日： 年 月 日

患者番号： \_\_\_\_\_

様

(性別： ) (年齢： )

血管造影検査では、ヨード造影剤を使用します。

検査を行うための参考といたしますので、下記の質問についてお答えください。

(○で囲んでください。)

1. 以前に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？

無 ・ 有 [ CT造影 ・ PRI造影 ・ MRI造影 ・ 血管造影 ・ その他 ]  
有の場合副作用がありましたか？

無 ・ 有 [ じん麻疹 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 発赤 ・ その他 ]

副作用があったのはいつですか？

検査中 ・ 検査後

2. アレルギー体質と言われたことがありますか？

無 ・ 有 [ じん麻疹 ・ 気管支ぜん息 ・ 花粉症 ・ アトピー ・  
薬剤 ( ) ・ 食べ物 ( ) ]

3. ヨード過敏症ですか？ またはヨード摂取制限がありますか？

無 ・ 有

4. 次の病気はありますか？ またはかかったことがありますか？

無 ・ 有 [ 気管支ぜん息 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 多発性骨髄腫 ・  
褐色細胞腫 ・ 腎臓の病気 ・ 肝臓の病気 ・ 脾臓の病気 ・  
心臓の病気 (心不全・狭心症等) ・ その他 ( ) ]

5. 今までに注射や薬で気分が悪くなったり、じん麻疹等が出たりしたことがありますか？

無 ・ 有 [ 薬品名 ( ) ]

6. 現在、糖尿病薬 (ピグアナイド系糖尿病薬) やβブロッカーを服用中ですか？

※ピグアナイド系糖尿病薬は造影剤投与前48時間 (緊急時は除く) と投与後48時間は服用  
しないでください。

無 ・ 有 [ 薬品名 ( ) ]

7. 女性の方へ : 現在妊娠またはその可能性がありますか？

無 ・ 有

8. その他、お気付きの点やご不明な点がありましたら、ご記入ください。

[ ]

記載者名