

造影剤を使用する検査を受けられる方へ（検査説明書）

1. 造影検査の手順及び目的

血管内に造影剤を注射して検査を行います。造影剤を使用することにより、画像上に臓器や血管を明瞭に描出させ、その形や機能を詳細に調べることができます。これは病変診断に大いに役立ちます。造影検査の種類としては造影 CT、造影 MRI などがあります。

2. 造影剤の副作用と発生頻度

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えるように努めていますが、検査中あるいは検査後しばらく（1 時間から数日後程度）してから副作用症状が起きることがあります。

万一、検査中に副作用が発生した場合には、輸液・投薬など適切な処置を行います。

帰宅後にじん麻疹等の遅延性副作用が現れた場合、鹿児島生協病院（099-267-1455）までご連絡下さい。

1) ヨード造影剤（CT、血管造影で使用する造影剤）の副作用発生頻度

- 軽い副作用：吐き気・嘔吐・頭痛・めまい・じん麻疹・発疹・かゆみなど。

（100～200 人に 1 名程度）

- 重い副作用：まれにショックやアナフィラキシー様反応（呼吸困難・血圧低下）

（1 万人～2 万人に 1 人程度）

死亡について世界的統計によると 20 万人に 1 人程度という報告があります。

- 遅発性副作用：検査終了後に遅れて副作用がみられる症状が出るのは、検査後 1 時間程度から数日後までと幅があります。副作用としては頭痛・吐き気・めまい・じん麻疹などや、ごくまれにショックやアナフィラキシー様反応もあります

- アレルギー体質、喘息の既往がある方にはこれらの副作用の発生する確率が高くなります。また、造影剤は腎臓から排泄されるため、腎機能が悪い方ではさらに悪化させたりする可能性があります。造影剤を急速注入する際、一部血管外に漏れることがあります。ほとんどの場合少しずつ体内に吸収されて無害ですが、まれに皮膚障害（痛み、変色、むくみ）、血流障害など起こすことがあります。

2) ガドリニウム造影剤（MRI で使用する造影剤）の副作用頻度

上記ヨード造影剤に比べ副作用の発現率は 3 分の 1 程度とされています。

アレルギー体質、喘息の既往のある方にはこれらの副作用の発生する確率は高くなります。また、造影剤は腎臓から排泄されるため、腎機能の悪い方ではさらに悪化させたり、腎性全身性線維症（NSF）を発現させたりする可能性があります。

その他わからないことや気になることがありましたら

鹿児島生協病院放射線部へお問い合わせ下さい。

鹿児島生協病院 TEL 099-267-1455

造影検査問診表・同意書

(原本は患者様本人が検査当日に持参)

検査日 年 月 日 予約時間 時 分

検査部位 造影 (C T ・ M R I) 患者氏名

1. 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？ ☐ ない ☐ ある
2. 造影検査を受けたことがある方にお尋ねします その検査時に副作用と見られる症状はありましたか？ ☐ ない ☐ ある (具体的に：)
3. 腎機能障害はありますか？ 3 か月以内のデータをお願いします。 ☐ ない ☐ ある (e G F R 20 年 月 日データ)
4. 喘息 (ぜんそく) はありますか？ ☐ ない ☐ 治療中 (薬を使用している) ☐ 治療していない ☐ 現在は発作なし (年前まであり)
5. アレルギー性の病気、体質などありますか？ ☐ ない ☐ ある (具体的に：)
6. 高度の甲状腺機能障害 (バセドウ氏病など) はありますか？ ☐ ない ☐ ある (具体的に：)
7. メトホルミン等ビクアナイド系の糖尿病治療薬を服用されていますか？ (造影 C T 検査、血管造影等を受ける方のみ、緊急検査は可。MRI 検査は除く) ☐ ない ☐ ある (薬剤名：) (ある方は C T 検査の際、前後の内服を中止することがあります。主治医にご相談ください)

※過去に造影剤で副作用が見られた方や腎機能低下 (e G F R 40 以下) ・喘息 (小児喘息除く) のある方は副作用発生リスクが高まりますので当院での造影検査はできません。

※過去に食べ物・薬剤 (造影剤も含む) にてアナフィラキシーショックが起きたことのある方やヨード過敏症の方も造影検査はお受けすることが出来ませんのでご了承ください。

■造影検査の有用性と副作用などの説明や検査説明書をご理解の上、同意書に署名をお願いします。
同意書に署名された後でも検査直前まで造影剤の使用を拒否することができます。

造影剤使用の必要性や副作用発生リスクを説明し、患者様の同意が得られたため
造影剤を使用した検査が可能と判断し検査を依頼します。

年 月 日 医師

上記問診の記載に相違なく、検査の必要性と副作用発生リスクを理解した上で
検査を受けることに同意します。

年 月 日 患者氏名

代筆の場合 代筆者名 続柄 ()

※医療機関の方へ 問診・同意書の記入が済みましたら診療情報提供書とともに F A X して下さい。

※原本は患者様本人が検査当日に持参するようお願いします。