

造影CT検査／血管造影検査 についての説明書・問診票・同意書

施行日時記入欄

____年 ____月 ____日 ____時 ____分

造影CT検査／血管造影検査 についての問診票

該当する番号や項目に○をつけ、()内に具体的に記入してください。

- 今まで造影剤の検査を受けたことがありますか。
1. なし 2. CT 3. MRI 4. 血管造影 5. 詳細不明 6. その他 ()
- 造影剤の検査を受けたことがある方にお尋ねします。その時に何か副作用はありましたか。
1. なし 2. あり (嘔気嘔吐、発疹、血圧低下、呼吸困難、その他 ())
- 気管支喘息はありますか。 1. なし 2. 治癒 3. 現在治療中
- アレルギーはありますか。 1. なし 2. あり ()
- 腎臓の働きが悪いといわれたことがありますか。 1. なし 2. あり ()
- 腕に透析のためのシャントがありますか。 1. なし 2. あり (右腕 左腕)
- 重い心障害はありますか。 1. なし 2. あり
- 甲状腺機能亢進症はありますか。
1. なし 2. 治療・コントロール良好 3. コントロール不良 4. 詳細不明 (要内分泌検査)
- 糖尿病の薬を飲んでいますか。 1. なし 2. あり () 3. 詳細不明

【医師記述】 *** ビグアナイド系糖尿病薬を服用している場合、eGFRを確認してください。

イ) . eGFR ≥ 45 →→→ 糖尿病の休薬は不要です。ロ) . eGFR < 45 →→→ 一定期間糖尿病薬を休薬する必要があります。

休薬期間 : (____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日) *** 検査日の前後2日間を含む5日間

- 造影剤量決定のため、体重をご記入ください。 体重 _____ kg

ヨード造影剤使用についての同意書

____年 ____月 ____日 医 師 署 名 _____

私は、【CT検査 / 血管造影】にあたり造影剤使用について担当医より説明を受けました。
造影剤の必要性や副作用について理解した上で以下のように回答致します。

(1. 2. いずれかの番号を○で囲み、ご署名をお願いします)

- ① 造影剤の投与を受けることに同意します。
予期せぬ事態の際の緊急処置が適宜行われることについても同意します。
- ② 造影剤の投与を受けることに同意できません。

*同意書の内容は、署名後いつでも変更できます。変更をご希望の場合は検査前にお申し出ください。
場合によっては、検査前に再度確認させていただきます。

____年 ____月 ____日

本 人 署 名 _____

代 理 人 署 名 _____ 続柄 ()

※代理人署名は、本人が未成年もしくは署名できない場合にご記入ください。

造影CT検査／血管造影検査 を受けられる患者さんへ

造影剤を使用して検査を行う場合、事前に造影剤投与に関する同意書を頂いております。

造影剤の必要性と副作用の可能性についてご理解頂き、納得されましたら同意書にご署名をお願いいたします。同意書を頂いた後でも同意を取り消すことは可能ですので、その際はお知らせください。

また、造影剤を使用する予定であっても、検査担当医師の判断により実施しない場合がありますのでご了承ください。

1. 造影剤の役割について

造影CT検査は、ヨードを含む造影剤を静脈内に注射して検査を行います。これにより、病気の存在や症状が詳しく描出され、精度の高い診断が可能になります。

血管造影検査も同様に、造影剤を動脈又は静脈、シャント部に注射して検査を行います。

造影剤が体内に入ると、軽いほてり感を生じますが異常ではありません。

造影剤を使用しない場合、正確な診断ができず適切な治療が受けられないことがあります。

2. 造影剤の副作用、合併症

現在のところ、副作用の発生を予測する確実な方法はありません。ご自身の体調や既往歴に注意しながら慎重に検査を行います。稀に下記のような症状を起こすことがあります。

副作用には、注射直後から数分以内に起こる即時性の症状と、数時間から数日後に起こる遅発性の症状があります。

・ 軽い副作用

嘔気、嘔吐、かゆみ、くしゃみ、じんま疹などが多く、ほとんどの場合、軽度で一過性の症状であり治療を要しません。

・ 重大な副作用

1万人に4人程度の割合で、血圧低下や呼吸困難、意識消失、腎不全などを起こし、後遺症が残ることもあります。

また、極めて稀に死亡例もあります。（40万人に1人程度）

・ 遅発性副作用

検査数時間から数日後に、発疹、かゆみ、頭痛、吐き気、脱力感などの症状が現れることがあります。

3. 副作用が起きた際の対応

万一重大な副作用が発生した場合には、迅速な処置を行えるように体制を整えております。また、遅発性の副作用や何らかの異常が現れた場合は当院までご連絡ください。

4. 安全に検査を行うために

- ・ 造影CT検査は、血管の状態を確認し、肘、前腕、手の甲などの血管に注射を行います。ご希望のある方は検査担当者にご相談ください。
- ・ 血管造影検査は、肘、手首、鼠径部などの血管に注射を行います。穿刺部位には局所麻酔を行います。
- ・ 糖尿病薬を服用されている方は、薬の種類により一時的に服用を休止していただくことがあります。
- ・ 気管支喘息やアレルギー症状のある方、腎臓の働きが悪いと言われたことのある方、心臓に疾患のある方、甲状腺疾患のある方は、造影剤を使用することで症状が悪化する恐れがあります。事前にお申し出ください。
また、問診票にもご記入ください。
- ・ 過去に造影剤の使用により副作用を経験された方、検査に不安を感じている方は、主治医にご相談ください。

- ・注射は、医師、看護師、診療放射線技師が細心の注意を払って行いますが、血管の状態により稀に注射針が神経に触れ、指先まで電気が走るような痛みやしびれが生じることがあります。注射中またはその前後に、このような症状を感じた場合はすぐにお申し出ください。
- ・注射針が確実に血管内に入っていることを確認してから検査を開始しておりますが、注入途中で血管外に漏れ、腫れや痛みを伴うことがあります。多くの場合自然に回復しますが、稀に治療を必要とすることがあります。

5. その他

- ・検査を行うにあたり最善の体制を整えておりますが、稀に次のような症状が現れることがあります。その際、診療に要した費用はご自身のご負担となりますことをご了承ください。

(1) 皮下血腫・皮下出血（青あざ）

圧迫が弱いと止血しにくく、穿刺部位からの出血や内出血により紫色に変色することがあります。検査後は穿刺部位を2～3分程度強く押さえてください。

(2) アレルギー（過敏症）

アルコール消毒やスタッフの手袋（ゴム、ラテックス）、駆血帯（ゴム）、絆創膏などによりかゆみや、かぶれることがあります。皮膚の弱い方、アレルギーのある方はお申し出ください。

(3) 神経損傷

検査後も手や指に広がる痛みやしびれが持続することがあります。これは約1万回～10万回に1回程度の頻度で発生しますが、多くの場合、数週間から数か月程度で回復します。

症状が持続する場合は、整形外科を受診して頂くことがありますので、検査担当技師、看護師、診療科看護師、または検査担当医師にご相談ください。

(4) 血管迷走神経反射

注射行為により、血圧低下やめまい、気分不良、意識消失などを起こすことがあります。以前にこのような症状を起こした経験のある方はお申し出ください。

- ・検査に際して、ご不明な点やご心配なことがありましたら、検査担当技師、看護師、診療科看護師、または主治医にご相談ください。
- ・検査終了後に注意書きをお渡しします。
- ・検査結果に関するご質問は検査室ではお受けいたしません。主治医にお尋ねください。