

# ヨード造影剤の使用についての説明書

ID:

被検者氏名

様

## ヨード造影剤の使用について

ヨードは人の臓器に比べてたくさんのX線を吸収します。造影剤はそのヨードを含有しており、造影剤を注射してCTを行うと、より鮮明な画像が得られます。それにより、正確な診断が行いやすくなります。尚、実際の使用の有無については、検査担当医が必要に応じて決めさせていただきます。

## 造影剤の副作用について

造影剤を体内に入れると、ほぼすべての方が体が熱くなる感じを受けますが、5分程度で収まる副作用で、特に心配はいりません。

### 1. 軽い副作用：かゆみ、発疹、発赤、悪心、嘔気

これらの副作用は、3%前後の頻度で起きます。通常は特に処置等を必要とせず、検査当日でほぼ収まります。これらの症状が重篤な副作用の前触れである場合もあるので、症状を感じた場合は検査中でも我慢をせずにお申し出ください。

### 2. 重篤な副作用：血圧低下、呼吸困難、意識消失、腎不全、嘔声(喉頭浮腫)

発生する頻度は、0.004%~0.04%(25000~2500人に1人)とわずかですが、速やかな治療が必要な状態です。当院では十分な救急体制を敷いており、速やかな対応が可能な状態ではありますが、他の多くの薬剤と同様にごく稀に(0.001%、10万人に1人の頻度)死亡例の報告もあります。

### 3. 遅延性副作用：頭痛、嘔気、かゆみ、発疹

5%程度の方に、検査後1時間から数日で発生する可能性があります。その際には病院スタッフにお申し出下さい。帰宅後に強い症状が出た場合には、お電話での連絡をお願いします。

以上のような副作用を生じた場合には、次の機会にも同じような副作用を生じることが多く、さらに重篤な副作用を生じる可能性も高くなります。このような造影検査の際には必ずお申し

## その他検査に伴って生じうる合併症について

造影剤を血管内に注射する際に血管の外に漏れ出してしまう場合が0.3%程度(300人に1人)起きると言われております。通常は軽度の注射部位の腫れ、痛みを伴いますが、特に治療を行うことなく時間をかけて吸収されていきます。痛みが強い場合、しびれを生じた場合などには処置が必要になる場合があります。速やかに申し出ください。

ごく稀ですが、通常の静脈採血などと同じように、注射をする際に神経を傷つけて、しびれや

## 副作用の治療について

当院では24時間の救急体制をとっており、速やかな対応をいたします。

尚、適切な医療行為によって生じる副作用の治療は保険医療に含まれる範囲内であり、治療費はご本人の負担となることをあらかじめご了承下さい。

光生会病院

お問い合わせ先 光生会病院 0532-61-3166 / 光生会 総合健診センター 0532-61-3000

# ヨード造影剤の使用についての問診票・同意書

ID:

様

これまでにヨード造影剤を使用して検査を受けたことはありますか。	なし	あり
ヨード造影剤を使用した時、帰宅後も含め何か異常はありましたか。	なし	あり
実際に起こった異常は何でしょうか。(上の質問に『あり』と答えた方のみ記載下さい) (例: 吐き気、嘔吐、かゆみ、湿疹、呼吸困難、意識消失、血圧低下、その他)		
気管支喘息と診断されたことはありますか。(小児喘息を含む)	なし	あり
今までに薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか。	なし	あり
何に対するアレルギーといわれていますか。(上の質問に「あり」と答えた方のみ記載下さい)		
腎臓の病気や機能が悪いといわれたことはありますか。	なし	あり
甲状腺の病気と診断されたことはありますか。	なし	あり
糖尿病と診断されたことはありますか。また治療薬をお飲みですか。	なし	あり
糖尿病の治療薬は何を使っていますか。(上の質問に「あり」と答えた方のみ記載下さい)		
心臓病と診断されたことはありますか。	なし	あり
これまでに以下の病気と診断されたことがありますか。 (マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫)	なし	あり
現在妊娠している、またはその可能性がありますか。(女性のみ)	なし	あり
現在授乳していますか。(女性のみ)	している	していない
現在の身長と体重をお答えください。	cm	kg

## 依頼科：放射線科

ヨード造影剤の使用についての説明書を読み、理解し、必要に応じて質問を行った上で、以下の選択を行ってください。また、副作用が現れた場合には必要な処置をさせていただきます。

同意します

造影剤の使用に  同意しません

他院でのセカンドオピニオンの取得も含め、今一度説明を希望します。

eGFR(ml/min/1.73m <sup>2</sup> )
_____

検査予定日

令和 年 月 日

医師署名

担当看護師署名

署名(本人)

記載日

令和 年 月 日

署名(家族・その他)

ご本人様が記載できない場合は、ご本人様の名前を記載した方の名前を併記してください。

問診票の記載が不十分な場合は問診の上、担当者が赤のボールペンで追加させていただきます。

同意された場合でも、検査施行までならいつでも撤回することができます。

お問い合わせ先 光生会病院 0532-61-3166 / 光生会 総合健診センター 0532-61-3000

光生会病院