

造影CT検査承諾書

氏名

様

あなたが今回受けられる検査（CT、尿路造影、子宮卵管造影、胆道造影、消化管造影、血管造影）時に、血管や臓器をさらに鮮明に写すためにヨード造影剤を使用します。（静脈注射、内服、消化管注入、注腸、動脈注射）

造影剤には軽微なものを含めて約3%の副作用があります。

1. 検査中や直後に起こるもの

気分が悪くなったり、吐いたり、蕁麻疹が出たり、かゆくなったりといった軽いものがほとんどです。まれに、冷や汗が出たり、胸が苦しくなったりすることもあり、1万人に4人程度の割合で、ショックなどの重篤な副作用が生じ、35万人に2例の死亡例の報告があります。

2. 検査終了数時間後から数日後に起こるもの

かゆみ、蕁麻疹、むくみ、めまい、頭痛などが起こることがあります。また腎機能低下の恐れがあり、処置や治療が必要になることがあります。

また、体質的に造影剤を使用できない（または使用しづらい）場合がありますので、以下の項目をお尋ねします。

（担当医があらかじめ確認させていただきますが、再度ご確認ください）

依頼医は以下のチェック項目に記入ください。

① 今までに造影剤を用いた検査を受け、副作用が出たことがありますか。（熱感を除く）

はい いいえ （症状を詳しく： _____）

② アレルギー体質、アレルギー性の病気（花粉症・アトピー等）がありますか。

はい いいえ （症状を詳しく： _____）

薬のアレルギー _____ 食物のアレルギー _____

（薬剤名 _____） （食物名 _____）

③ 気管支喘息と言われたことがありますか。

はい いいえ

④ 今までに腎臓・心臓・甲状腺が悪いと言われたことがありますか。

はい いいえ （症状を詳しく： _____）

⑤ ビグアナイド系糖尿病治療薬（メグルコ、メタクト、グリコラン、ネルビス、メデット、メリオン、メトホルミン、ジベトス、ジベトンS等）を服用していますか。

はい いいえ （“はい”と答えた方は検査日を含まない前2日、検査日を含んだ後3日間休薬してください）

⑥ 循環器用薬のβ遮断薬（セレクトール、アテノロール、ビソノテプ、ミケランLA、アーチスト、アロチノロール、ビソプロロール等）を服用していますか。（β遮断薬を服用されていても薬の休薬は必要ありません）

はい いいえ

⑦ 非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）を服用していますか。（“はい”と答えた方は検査日前後1日間休薬を考慮して下さい）

はい いいえ

造影剤が体内に入ると体が熱く感じるがありますが、一時的なもので心配ありません。静脈注射で使用する時に血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合、漏れた部位が腫れて痛みを伴うことがありますが、時間とともに吸収されるので心配は要りませんが、漏れた量が多い場合は、別の処置が必要となることもあります。

※ 追加事項

年 月 日

依頼医療機関名

医師名（署名）

以上の説明をご理解いただき、検査を承諾される場合はご署名をお願いします。

年 月 日

患者氏名（署名） _____

代諾者（署名） _____ 続柄（ _____ ）

