

## 造影 CT 検査について（単純 CT 検査の患者様は該当しません）

今回の CT 検査では、ヨード造影剤という薬剤を静脈より注射しながら撮影します。

造影剤投与により血管や臓器が濃染（造影剤により染まること）され、病変の有無や状態を評価することができます。

造影剤を使用しなくても CT 検査は施行できますが、造影剤を使用することで病気についてより正確な CT 診断を行うことができます。

当院では非イオン性ヨード造影剤という比較的副作用の少ない薬剤を使用していますが、まれに副作用が起こることがあります。

### \*ヨード造影剤使用時の副作用と頻度

軽い副作用（100人に数人程度： 5%以下）

皮膚の発疹、痒み、吐き気、くしゃみなど。

これらの副作用の多くは治療を必要としないか、あるいは軽い治療で回復します。

強い副作用（0.01%－0.02%）

血圧低下、意識消失、呼吸困難などのいわゆる薬剤性ショック、腎不全など。

大事に至らぬように万全の対応を致しますが、緊急処置や入院治療が必要になる場合があります。

重篤な副作用（約40万人に1人： 0.00025%）

他の薬剤と同様に病状や体質によっては死亡する場合があります。報告されています。

遅発性副作用

検査終了後数時間以降に発疹などの軽い副作用が起こることがまれにあります。症状がひどい場合には当院にご相談ください。

### \*検査前の食事について

造影 CT 検査を行うにあたり、検査前3時間以内の食事は控えください。お水やお茶などの水分について制限はありません。造影剤は尿として排泄されますので、むしろ多めに摂取されてください。

### \*造影剤投与時について

造影剤は自動注入器にて注入します。注入時に軽い熱感を伴いますが心配はありません。

また急速に注入して検査を行うため、正常に針が留置されていても血管外に漏れることがあります。漏れた部位に腫れや痛みを伴うことがありますが、基本的には自然に吸収されますので心配はありません。漏れた量が非常に多い場合には処置が必要になることがあります。

造影剤の必要性和危険性をよく理解して頂いた上で安全に検査を行うために問診を行っています。問診の結果及び当日の患者様の体調などを考慮して造影検査を実施しないこともあります。あらかじめご了承ください。



放射線科・内科 まきたクリニック

TEL0965-45-9120 FAX0965-45-9121

## ◎造影 CT 検査問診票

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 記入日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 以前にヨード造影剤を使用したことがありますか？  
不明 なし あり： CT 尿路造影 血管造影 胆嚢造影 子宮卵管造影 その他  
( \_\_\_\_\_ )  
→「あり」の場合、副作用がありましたか？  
なし あり： 発疹 吐き気 くしゃみ 呼吸困難 血圧低下 その他 ( \_\_\_\_\_ )
2. 食物や薬剤に対するアレルギーやアレルギー性疾患はありますか？  
なし あり： 食物や薬剤 ( \_\_\_\_\_ )  
アレルギー性疾患； 気管支喘息 じんま疹 アトピー性皮膚炎 鼻炎  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
3. 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか？  
なし あり
4. 下記の病気に当てはまるものがありますか？ なし あり  
心臓病 甲状腺機能亢進症 糖尿病 重篤な肝疾患 急性膵炎 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
5. (女性の方へ) 妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ 不明  
授乳中ですか？ はい いいえ

### \*クリニック確認欄

◆腎機能について 血清クレアチニン値 \_\_\_\_\_ mg/ml

◆糖尿病治療中の患者様について、ビグアナイド系糖尿病薬の使用  
なし あり (薬剤名： \_\_\_\_\_ )

◆体重 \_\_\_\_\_ kg

## ◎造影 CT 検査同意書 (造影検査の場合必ずご記入をお願いします。)

私は、CT 検査における造影剤使用について、必要理由、副作用及び合併症等の説明を受け、  
納得しました。

( \_\_\_\_\_ ) 造影剤の使用に同意します。

( \_\_\_\_\_ ) 造影剤の使用に同意しません。

造影剤検査同意書にご署名後、いつでも同意を撤回する事ができます。なお、同意を拒否、撤回されても診療上  
不利益を受けることはありません。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様氏名： \_\_\_\_\_ 印 (印鑑がない場合は自筆)

保護者又は代理人氏名： \_\_\_\_\_ 印 (印鑑がない場合は自筆) 患者様との続柄： \_\_\_\_\_  
保護者又は代理人欄は本人が未成年者又は親族の同意が必要な場合及び本人が署名できない場合にご記入ください。



放射線科・内科 まきたクリニック  
TEL0965-45-9120 FAX0965-45-9121