

# ヨード造影剤使用時の注意事項

(造影剤を使用する検査をされる患者様にお渡しください。)

## CT 検査で造影剤を使用される患者様へ

造影 CT 検査では、造影剤というお薬を注射・点滴します。病気の有無、性質、広がりにより正確に診断し、治療方針を決めるのに役立てるためのお薬です。

造影剤は、以前から使用されている安全な薬品ですが、まれに副作用があらわれることがあります。下記の症状が起こった場合は担当医師やスタッフが速やかに対応します。

軽度：発疹 じんま疹 かゆみ 吐気 くしゃみ 頭痛 発赤など

重度：ショック 血圧低下 呼吸困難 不整脈 けいれん 腎不全 意識消失など

- 造影剤の副作用を避けるため、**検査 1 時間前にお茶か水をコップ 1 杯程度飲んでください。**また、造影剤の速やかな排泄を促すため、造影剤使用後は水分を多めに飲んでください。
- 造影剤を注射している時に体や喉の奥の方が熱くなることがありますが、造影剤による直接的影響ですので、心配はありません。
- 造影剤は静脈内に注射しますが、静脈には個人差があり造影剤が血管外に漏れやすい体質の方がおられます。漏れた造影剤は時間とともに吸収されますが、漏れた量によっては必要に応じて処置を行う場合があります。
- 造影剤の副作用として検査後 1 時間～数日に、動悸や頭痛、じんま疹、発熱、吐き気、めまい、胸部違和感などの症状が出ることがあります。これらの症状の多くは軽度で自然に消失しますが、念のため恵生会病院に連絡していただき指示にしたがってください。
- 当院では検査中、放射線科医師や看護師等が様子を観察し、万一の副作用に素早く対応できるようにしています。もし体調に変わった事があれば、すぐに申し出てください。
- **日頃服用されているお薬の中に、検査前後に休薬していただく可能性があります。**詳しくは恵生会病院または紹介元医療機関にご相談ください。
- 以前に造影検査を行った時に気分が悪くなったり、なにか症状が出たことがある方は主治医に造影検査が可能かご相談ください。

検査種類	食事	水分	薬の服用	授乳中の方
造影検査	4 時間前から絶食	1 時間前に適度な飲水	<u>糖尿病・心臓病</u> の薬を服用中の方は職員にお知らせください	4 8 時間後からが望ましい

連絡先

医療法人徳洲会

恵生会病院

放射線科

〒579-8036 大阪府東大阪市鷹殿町 20 番 29 号

TEL 072-982-5101(代)

# CT 造影検査の問診と同意書

(こちらの用紙は検査当日に恵生会病院までお持ちください。)

検査を安全確実にを行う為に下記の質問にお答え頂き、ご納得の上、同意書にご署名ください。

造影 CT 検査のための質問です。わからない内容がありましたら、

事前に恵生会病院にご連絡いただくか、検査当日に恵生会病院スタッフまでお声かけください。

・ 今までに造影剤を使用した検査を受けられたことがありますか CT検査 MRI検査 血管造影 腎臓検査 その他( _____ )	はい	いいえ
・ 造影剤を使用した検査をされたことがある方のみお答えください その時、副作用はありましたか (はい) と答えた方はその内容 ( _____ )	はい	いいえ
・ アレルギーがありますか (はい) と答えた方はどのようなアレルギーですか アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症 その他 ( _____ )	はい	いいえ
・ 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか	はい	いいえ
・ 糖尿病、心臓の病気、肝臓の病気があると言われたことがありますか	はい	いいえ
・ 糖尿病や心臓病の薬を服用されていますか 薬剤名 ( _____ )	はい	いいえ
・ 気管支喘息と診断されたことがありますか (治療中 ・ 今は治療していない)	はい	いいえ
・ 甲状腺の病気と診断されたことがありますか 病名 ( _____ )	はい	いいえ
・ 下記の病気を診断、または疑わ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	はい	いいえ
・ 今までに手術を受けられたことがありますか (はい) と答えた方は、どのような手術かをご記入ください _____ 年 _____ 月	はい	いいえ
・ 体内の金属についてお尋ねします		
1. 心臓ペースメーカーを使用されていますか	はい	いいえ
2. 手術や治療等で身体の中に次のような金属類が入っていますか 人工骨頭 人工関節 ステンツ 塞栓コイル 人工心臓弁 クランプ 手術クリップ 人工内耳 VP シェント その他 ( _____ )	はい	いいえ
・ 女性の方にお聞きします 妊娠中、または妊娠の可能性はありますか	はい	いいえ
・ あなたの今の体重は約何 kg ですか (造影剤の投与量の算定に使用します)		kg

ご記入いただいた内容によっては、造影検査が行えない場合があります。あらかじめご了承ください。

## 【造影検査 同意承諾書】

私は、現在の病状・造影検査について説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。(同意された場合でも、いつでも撤回する事ができます。)

ご本人または代理人(続柄: \_\_\_\_\_) 承諾日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(署名) \_\_\_\_\_

連絡先

医療法人徳洲会 恵生会病院 放射線科

〒579-8036 大阪府東大阪市鷹殿町 20 番 29 号

TEL 072-982-5101(代)