

造影剤の静脈注射による CT 検査（造影 CT）の説明書・同意書

患者氏名	様
性 別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日

検査部位	
依頼医師	
造影剤使用	可 ・ 不可

◎同意書は、貴院にてご記入ください。

1. 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか。	(ある ・ なし)
2. 検査時および検査後に発疹等、何らかの異常がありましたか。	(ある ・ なし)
ある場合、どのような症状でしたか。	(くしゃみ・吐き気・発疹・_____)
3. ぜんそく、じんま疹等のアレルギーはありますか。	(ある ・ なし)
4. クレアチニンの値を記入してください。(過去 3 ヶ月以内の値)	(_____ ml/dl)
5. 現在、妊娠または妊娠の可能性がありますか。	(ある ・ なし)

1. 造影 CT の必要性：

CT 検査は造影剤注射により、病変の検出や病気の診断に関する情報が増えます。

2. 造影 CT の副作用と頻度：

軽度の副作用（2%以下）：

はき気、嘔吐、じんましん、発疹、かゆみ、咳、くしゃみ、熱感、頭痛など、殆ど検査直後で一時的なもの、極まれに数日以内に生じることもあります。（遅発性副作用）

重症の副作用（2 万 5000 人に 1 人）：

血圧低下、呼吸困難、ショックなど治療が必要になる場合があります。

きわめてまれですが、死亡例もあります。（40 万人に 1 人）

3. 原則禁忌・慎重投与：

ヨード過敏症、重篤な甲状腺疾患、気管支喘息、アレルギー体質、重症の心・肝・腎障害・急性膵炎・褐色細胞腫・多発性骨髄腫・妊婦・授乳婦 など

4. 併用禁忌：

万が一の副作用を防止するため、ビグアナイド系糖尿病薬を服用している方は、

①造影 CT 検査前 48 時間は、ビグアナイド系糖尿病薬の服用中止をお願い致します。

②造影 CT 検査後 48 時間も、ビグアナイド系糖尿病薬の服用中止をお願い致します。

詳細は主治医にご相談ください。

5. 造影剤の血管外漏出（0.23%程度）：多くは腫れ痛みを伴いますが、経過観察します。まれに末梢神経障害、血行障害をきたし、加療を要する場合があります。

同意書

私は造影 CT の必要性和、副作用について説明を受け理解しましたので、造影剤の静脈注射に同意します。

年 月 日

患者氏名 _____

家族等氏名（続柄） _____

広島市立舟入市民病院

20170630