

造影剤使用説明書 ・ 問診票 ・ 同意書

以下の事項について、同意される場合は、下欄に署名をして下さい。

1 造影剤の必要性・検査方法

※検査予約日	年	月	日 ()	時	分～	※撮影項目	CT・MRI・RI
--------	---	---	-------	---	----	-------	-----------

2 造影剤使用に関わる問診

造影検査ほか必要時治療を行う上で、質問をいくつかさせていただきます。

- ①造影剤を使用した検査・治療を受けたことはありますか？ はい _____ いいえ _____
(CT・MRI・血管造影・腎臓尿路系検査・胆嚢検査・神経根ブロックなど)
- ②検査・治療はいつ頃行いましたか？ _____ 年 _____ 月頃
- ③造影剤を使用した時に副作用はありましたか？ (▲) はい _____ いいえ _____
副作用症状 (発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・息苦しさ・その他)
その他の症状 (_____)
- ④アレルギー体質・ほかアレルギー性の病気がありますか？ はい _____ いいえ _____
主な内容 (薬・食物・アトピー性皮膚炎・その他)
その他の症状 (_____)
- ⑤今までに喘息との診断や言われたことがありますか？ (▲) はい _____ いいえ _____
- ⑥今までに腎臓の働きが悪いとの診断や言われたことがありますか？ (▲) はい _____ いいえ _____
- ⑦けいれん・てんかんの発作を起こしたことがありますか？ はい _____ いいえ _____
- ⑧今までに次の病気で治療を受けたことがありますか？ はい _____ いいえ _____
主な疾患 (高血圧症・動脈硬化症・糖尿病・心臓病・甲状腺疾患・肝臓病)
- ⑨現在、糖尿病薬を服用している方は薬剤名を記入して下さい。 (▲) はい _____ いいえ _____
(_____)

※ビグアナイド系経口糖尿治療薬内服中に、ヨード造影剤検査や治療を行う場合は、乳酸アシド-シスを起こすことがあるため、ビグアナイド系の服用を検査前48時間前・後に中止をする必要があります。

- ⑩女性の方へ 現在、妊娠中または妊娠をしている可能性がありますか？ はい _____ いいえ _____
- ⑪女性の方へ 現在、授乳中ですか？ はい _____ いいえ _____

※「はい」の場合は撮影後(CT～48時間・MRI～24時間)の授乳をお控え下さい。

3 依頼元医師確認事項

(▲)に「はい」がある場合は造影剤使用が出来ないため、「単純のみ」もしくは「注意をして撮影を行う」

クレアチニン値(3ヶ月以内の値) ※ 値 _____ mg/dL

eGFR値45を超えていることの確認 ※ 値 _____ ml/min

緊急性があり、腎機能検査結果を待たずに注意をして撮影を行う

※裏面に同意署名欄あり

4 副作用について

最近の造影剤は改良が進み、副作用の頻度が低下し、その程度もより軽度になってきていますが、時として以下のような症状が出現する場合があります。造影剤を使用した直後から症状が出る場合が大半ですが、まれに24時間以上経過してから症状が出現する場合があります。もし、以下のような症状があれば放射線技師・看護師・問診医師・その他スタッフへお申し出下さい。

①過敏症状として

皮膚～ かゆみ・発疹・発赤・じんま疹 等

消化管～ 悪心・嘔吐・腹痛 等

循環器～ 血圧低下・頻脈(脈が速くなる)・徐脈(脈が遅くなる)・血管痛 等

②神経・神経系として

症状～ 頭痛・ふらつき・めまい 等

③その他として

呼吸困難などが見られることがありますが高頻度です。副作用は75%～80%が軽度、約20%が中等度、5%以下で高度な場合があります。

④副作用に対する対応について

副作用が軽度の場合は、経過観察のみで改善することが多いですが、中等度の場合は症状に応じて抗アレルギー薬や副腎皮質ステロイドなどを投与し、経過観察のために入院する場合があります。また、高度の場合は気管内挿管など特別な治療をすることがあります。

なお、薬剤アレルギー、特に過去に造影剤でアレルギー様反応が出現したことのある方は、必ず問診時医師へお申し出下さい。

年 月 日

医療機関名ならびに説明医師署名

説明立合者署名

公立藤田総合病院 殿

私は、問診担当医師から、造影剤の必要性和副作用について十分説明を受け、理解が出来ましたので、検査(撮影)を受けることに同意いたします。また、副作用が見られた場合には、必要な治療や処置を受けることを承諾いたします。

問診と説明をした医師名 年 月 日

同意日 年 月 日 患者署名

(※自署出来ない場合は代筆者が署名し代筆者氏名及び患者との続柄を記載して下さい)

当日、検査(撮影)の際に1人で来院される場合は、いつでも連絡が取れる方の連絡先を記入下さい。

連絡先(氏名 続柄) 電話番号

依頼元機関からのコメントほか留意事項(任意)