

# 造影剤問診票

長岡中央総合病院 放射線科

<患者様へ>以下の質問にお答えください。回答欄に☑をつけ、必要な場合には（ ）内に具体的に記入してください。

<依頼医の先生へ>患者様の回答内容をご確認いただき、確認欄に☑をお願いいたします。

質問事項	回答欄		依頼医 確認欄
1.造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> CT・MRI <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input checked="" type="checkbox"/>
2.造影剤を使用して副作用を経験されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 具体的に（ ）	<input type="checkbox"/>
3.気管支喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 治療している <input type="checkbox"/> 治癒している	<input type="checkbox"/>
4.アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 具体的に（ ） 副作用カード <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>
5.右記のような病気がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	はい（該当するものに☑を付けてください） <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 人工透析中 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> マクログロブリン血症	<input type="checkbox"/>
6.現在、妊娠中 または 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/>
7.ビグアナイド系の糖尿病薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 薬剤名（ ）	<input type="checkbox"/>

<依頼医の先生へ>以下の診療情報についてご教示ください。

ビグアナイド系糖尿病薬の休薬期間 年 月 日 ~ 年 月 日	撮影予定日から直近3ヶ月以内の <input type="checkbox"/> クレアチニン 又は <input type="checkbox"/> eGFR _____ (測定日 年 月 日)
現在の体重 _____ kg	※透析を受けている方はCTのみ造影可能（クレアチニン、eGFRは不要）です。MRIは造影禁忌となります。

## 造影剤検査同意書

長岡中央総合病院 病院長 殿

<患者記入欄>

私は、今回\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日予定の検査での造影剤使用について、別紙の説明書に基づき、依頼医より説明を受け、質問する機会を得ました。造影剤の必要性やその副作用について理解したうえで同意します。予期せぬ事態の際に緊急処置が適宜行われることにも同意します。

記入日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

本人氏名\_\_\_\_\_ 代理人氏名\_\_\_\_\_ (続柄)

緊急連絡先氏名\_\_\_\_\_ TEL\_\_\_\_\_

<依頼医記入欄>

以上、造影剤による副作用の可能性を考慮したうえで、正確な診断のために造影剤の使用を必要と判断します。また、造影剤の使用について患者様に説明し同意書と問診の内容を確認しました。

記入日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 医院名\_\_\_\_\_ 依頼医名\_\_\_\_\_

※原本は撮影日当日、必ずご持参ください。

# CT・MRI 等の造影剤検査を受ける方へ(患者様用説明書)

あなたは、医師より造影剤検査が必要と判断されました。本検査についてご説明いたしますので、「造影剤の必要性」と「副作用・合併症」の可能性を御理解のうえ、造影剤の投与に同意いただけるかどうか別紙書類にてお知らせ下さい。但し、検査担当医が造影剤を使用する必要がないと判断した場合は造影剤を使用いたしません。又、同意された後でも、検査前であれば同意を撤回することができます。

## 1、造影剤とその役割について

CT 等の造影剤は、静脈注射して病気やからだの組織の写り方の変化を見てより詳しく調べるために用いられる検査薬です。CT や頭・腹部の血管を写す為の造影剤はヨードを含む薬です。一方 MRI で用いられる造影剤は、鉄やガドリニウム等、常磁性金属イオンを安定化させた薬が多用されております。

ヨード造影剤も MRI 造影剤も、健康な方であれば注射後速やかに腎臓から尿中に排泄され、およそ 24 時間後には体外に出てしまいます。一部肝臓を経て便中に排泄される経路をとるものもありますがこちらも 48 時間位で体外に排泄されます。

造影剤を使わなくても検査は出来ますが、病気が分かりにくく正確な診断ができない事があります。病気や検査部位によっては造影剤を使用しない場合もありますので、検査担当医が十分検討いたします。

## 2、造影剤の副作用と合併症について

造影剤の副作用は注射直後から数分以内に発生する即時型と数時間から数日後に発生する遅発型があります。CT 検査では全検査の 3.4%、MRI 検査では 1.4% (CT や血管造影で使われるヨード造影剤の半分以下の頻度)に副作用の発生が報告されていますが、多くは熱感、嘔気、かゆみや蕁麻疹といった軽度のもので治療を必要としないものが占めております。まれに、血圧低下や、呼吸困難、ショックなど重篤な副作用もありますがその頻度は CT 造影剤で 0.0040%、MRI 造影剤で 0.0052%です。

極めてまれですが重篤なショックにより (CT 造影剤では 40 万人に一人、MRI 造影剤では 83 万人に一人)の死亡報告があります。

造影剤は血管内に確実に注射針が入っている事を確認してから注射を開始しますが、途中でもれて痛みや痺れなどを生じる事があります。

多くの場合自然に回復いたしますが、まれに治療が必要となる事があります。

その他、予期せぬ副作用・合併症が生じる事があります。重篤な副作用・合併症の場合は入院治療が必要で後遺症が残る事もあります。

## 3、緊急時の対応について

副作用や合併症が生じた場合、医師や看護師が対応いたします。検査中に注射部位の痛み、体調不良などを感じた場合には直ちにお知らせ下さい。検査室には必要な医薬品や救急用の設備も用意してあります。場合によっては入院のうえ治療が必要になる事もあります。

#### 4、検査前に教えていただきたいこと

現在のところ、副作用の発生を予見できる確実な方法はありません。但しアレルギー(特に喘息)、心臓病、腎臓病、造影剤で副作用を経験した事のある方は、あらかじめ依頼医か検査担当医師にお知らせ下さい。その際には再度造影剤の使用について慎重に検討いたします。又、当日体調の悪い方は検査担当者(検査担当医師、看護師、放射線技師)にお知らせ下さい。

#### 5、検査のための手順

検査の為に、食事などの制限は必要ありません。

#### 6、検査後の生活について

検査後は特に制限はありませんが、造影剤を使用された方で水分制限されていない方はいつもより多めに水分をおとりください。検査後に体調が悪くなった場合には依頼医にご連絡下さい。場合によっては診察が必要な場合があります。この『説明書』は御本人が保管してください。

別紙『造影剤検査同意書』に必要事項をご記入の上、撮影当日にお持ち下さい。

#### 7、相互作用

ビグアナイド系糖尿病薬:ヨード造影剤による一時的な腎機能低下により、乳酸アシドーシスが起りやすくなります。

- ・ヨード造影剤使用の 48 時間前から休薬して下さい。(緊急検査時を除く)
- ・ヨード造影剤投与後 48 時間はビグアナイド薬を休薬してください。
- ・その後のビグアナイド薬再開は医師の指示通りにしてください。

## 厚生連長岡中央総合病院

新潟県長岡市川崎町 2041 番地

電話 0258-35-3700

(平日午前 8 時 30 分～午後 5 時

放射線科)

(平日の時間外及び休診日

救急外来 内線 3000 番)