

同意書

ふりがな

氏名： _____ 様 生年月日： _____

造影CT検査

造影X線検査とは、ヨードを含む薬（造影剤）を血管内に注射しながら行うX線検査です。造影X線検査には造影CT検査、静脈性点滴腎盂造影（DIP）などが含まれます。造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などがより詳しく描出され、診断に大変役立ちます。

造影剤の副作用

検査に際しては、その時点での症状や以前にかかった病気、家族の方がかかった病気などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後しばらくしてから下記のような副作用症状が起きることがあります。

軽い副作用（頻度は約3～5%以下）

吐き気、嘔吐、めまい、じん麻疹、発疹、かゆみ、手足のむくみ、発熱、せき、など

重い副作用（頻度は約2,500人に1人）

まれにショックやアナフィラキシー様反応（例えば呼吸困難や血圧低下など）が生じることがあります。

以下の即往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強くなる場合もあり、造影検査を行わないことがありますので、必ず問診表の記入をお願いします。

- a. いままで造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのある方
- b. 気管支喘息などのアレルギー性疾患のある方
- c. ほかの薬剤過敏症やじん麻疹などアレルギー歴のある方

副作用の予知について

初めて造影検査を受けられる方、または今まで造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのない方が今回の造影剤検査で副作用を起こすかどうかをあらかじめ調べる方法は現在のところありません。

☆以前は少量の造影剤を使用する皮内テストや静脈テストが行われていましたが、有効であるとの根拠がなく、現行は行われておりません。

ビグアイド系糖尿病治療薬について

造影剤を投与した場合、まれに腎機能が低下する場合があります。その時メトホルミンなどのビグアイド系糖尿病治療薬を飲んでいると、乳酸アシドーシスという危険な状態になることがあります。そこで、当院では検査の2日前からこれらの糖尿病薬の服用を休み、検査の48時間以降にお薬を再び飲み始めるようお願いしています。この間、これらの糖尿病薬を服用しないことにより血糖値が一時的に上昇する可能性があります。ご心配ありません。

ご不明な点や質問がありましたら担当医師または西淀病院 放射線科までお問い合わせください。同意書に記入された後でも、いつ造影検査を拒否されてもかまいません。

確認事項

☆この問診表は検査をできるだけ安全確実にこなうためのものです。
☆検査担当医の判断で造影剤を使わない場合もありますのでご了承ください。

I. 臨床症状・診断

()

II. 何か、持病はありますか？あればご記入ください

()

III. 腎機能

血清Cr _____ (mg/dL)

IV. 今まで造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか？

いいえ はい・・・ CT検査 腎臓検査 胆嚢検査 血管検査 MRI検査
 その他 ()

→ 「はい」と答えた方で、その時、副作用はありましたか？

いいえ はい・・・ 発疹 吐き気 その他 ()

V. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

いいえ はい・・・ かぶれ じんま疹 ぜんそく アトピー性皮膚炎
 アレルギー性喘息 飲み薬 注射の副作用
 その他 ()

VI. 今、糖尿病のお薬を飲んでいますか？

いいえ
 はい・・・ メトグルコ錠 メトホルミン錠 メデット錠
 ネルビス錠 シベトス錠 メタクト配合剤（合剤）
 その他 ()

あなたはビグアイド系糖尿病薬 【 _____ 】 を服用されていますので、
造影検査2日前から、2日後までこの薬の服用を中止してください

2日前	1日前	検査当日	1日後	2日後	3日後
中止					再開

私は、上記につき説明を受け納得しましたので、上記の検査を受けることに同意します。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様：
ご署名： _____

代理人様：
ご署名： _____ (患者様との関係 _____)

医師名： _____ 同席者： _____

同席者無