

# ヨード造影剤使用検査の説明書・問診書・同意書

1. ヨード造影剤使用検査の意義は？ ( ID : )

ヨード造影剤使用検査では、各種X線検査において血管内に注射する非イオン性ヨード造影剤を使用します。造影剤を注射しながら検査することにより鮮明な画像が得られ、腫瘍性病変や血管性病変などの描出が向上しますので、精度の高い診断が出来ます。  
主治医はあなたの病気を診断し治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えます。

2. 副作用について

造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に過敏症による副作用が出る場合があります。

- ① 軽症：吐気、嘔吐、蕁麻疹、発疹など（100～200人に1人）。多くは心配ありません。
- ② 重症：血圧低下、息苦しさ、意識消失（1万～2万人に1人）。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。極めて稀ですが死亡に至った例もあります。（10万～20万人に1人）
- ③ 遅発性副作用：稀に検査後数時間以降に発疹などの症状が出る場合がありますが、多くは軽度のものです。残念ながら、こうした副作用がいつ発生するかを事前に知ることは出来ません。また、前回の検査に異常が無くても、今回副作用が出ることもあります。

3. その他

使用した造影剤は24時間以内に99%体外に尿として排泄されますので、腎保護のため水分摂取の制限の無い方は検査終了後十分に水分を摂取して下さい。以前、採血や注射などで気分が悪くなられた方は申し出て下さい。万一副作用、血管外漏出が起こった場合は迅速かつ最善の処置を行ないます。

4. 次の事項について該当する場合、副作用の発現率が増しますので慎重投与となります。該当することがあればチェックして下さい。

該当なし → ★何もない場合

ヨード過敏症がある  重篤な腎障害がある  重篤な心障害がある  気管支喘息治療中

造影剤の使用歴がある → 副作用・・・  無  有 → (症状・・・)

甲状腺機能亢進症がある  薬や食べ物にアレルギーがある  鼻炎や蕁麻疹などを起こしやすい

糖尿病がある → 内服薬があれば、必ずお書き下さい。( )

その他 ( )

血清クレアチニン値 ..... mg/dl 体重 ..... kg ( 年 月 日現在)

5. 注射に同意されれば、下の同意書に署名してください。

患者さんが未成年や意識障害のある場合は家族や代理の方でも結構です。造影剤使用に気が進まなければ、得られる情報は減りますが使用せずに検査を行いますので、主治医と御相談下さい。  
お手数ですが、毎回ご署名をお願いします。まとめて予約した検査は1枚で結構です。

年 月 日 \_\_\_\_\_ 医 師 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

(検査予定日 年 月 日)

## ヨード造影剤使用検査の同意書

私は造影剤使用に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しました。  
私は造影剤の血管内注射に同意します。また、万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

年 月 日 本人のご署名 \_\_\_\_\_

家族代理の方のご署名 \_\_\_\_\_ (続柄: )

# ヨード造影剤使用検査の説明書・問診書・同意書

1. ヨード造影剤使用検査の意義は？ ( ID : )

ヨード造影剤使用検査では、各種X線検査において血管内に注射する非イオン性ヨード造影剤を使用します。造影剤を注射しながら検査することにより鮮明な画像が得られ、腫瘍性病変や血管性病変などの描出が向上しますので、精度の高い診断が出来ます。  
主治医はあなたの病気を診断し治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えます。

2. 副作用について

造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に過敏症による副作用が出る場合があります。

- ① 軽症：吐気、嘔吐、蕁麻疹、発疹など（100～200人に1人）。多くは心配ありません。
- ② 重症：血圧低下、息苦しさ、意識消失（1万～2万人に1人）。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。極めて稀ですが死亡に至った例もあります。（10万～20万人に1人）
- ③ 遅発性副作用：稀に検査後数時間以降に発疹などの症状が出る場合がありますが、多くは軽度のものです。残念ながら、こうした副作用がいつ発生するかを事前に知ることは出来ません。また、前回の検査に異常が無くても、今回副作用が出ることもあります。

3. その他

使用した造影剤は24時間以内に99%体外に尿として排泄されますので、腎保護のため水分摂取の制限の無い方は検査終了後十分に水分を摂取して下さい。以前、採血や注射などで気分が悪くなられた方は申し出て下さい。万一副作用、血管外漏出が起こった場合は迅速かつ最善の処置を行ないます。

4. 次の事項について該当する場合、副作用の発現率が増しますので慎重投与となります。該当することがあればチェックして下さい。

該当なし → ★何もない場合

ヨード過敏症がある  重篤な腎障害がある  重篤な心障害がある  気管支喘息治療中

造影剤の使用歴がある → 副作用・・・  無  有 → (症状・・・)

甲状腺機能亢進症がある  薬や食べ物にアレルギーがある  鼻炎や蕁麻疹などを起こしやすい

糖尿病がある → 内服薬があれば、必ずお書き下さい。( )

その他 ( )

血清クレアチニン値 ..... mg/dl 体重 ..... kg ( 年 月 日現在)

5. 注射に同意されれば、下の同意書に署名してください。

患者さんが未成年や意識障害のある場合は家族や代理の方でも結構です。造影剤使用に気が進まなければ、得られる情報は減りますが使用せずに検査を行いますので、主治医と御相談下さい。  
お手数ですが、毎回ご署名をお願いします。まとめて予約した検査は1枚で結構です。

年 月 日 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

(検査予定日 年 月 日)

## ヨード造影剤使用検査の同意書

私は造影剤使用に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しました。  
私は造影剤の血管内注射に同意します。また、万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

年 月 日 本人のご署名 \_\_\_\_\_

家族代理の方のご署名 \_\_\_\_\_ (続柄: )