

CT・DIP 検査におけるヨード造影剤使用 問診票・検査同意書

検査当日、この用紙を持参のうえ 放射線・MR科 受付までお越しください。

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID _____ 氏名 _____ 生年月日 _____

今回、造影剤という薬を使う検査を行います。この造影剤は検査中に、血管内に注射します。この検査は、あなたの体を精密に観察するためのもので、診断の助けになると考えています。ほとんどの場合、安全な薬ですが、他の薬と同様に、まれに副作用が起こることがあります。

- ・ **軽い副作用** ... 特に治療を必要としないもので、じんま疹、吐き気、血圧変動、口渇、動悸、下痢、咳、頭痛、熱感などがあります。これらの確率は30人に1人程度です。
- ・ **重い副作用** ... 治療を必要とするもので、意識消失、呼吸困難、けいれん、腎不全、不整脈、喘息発作、ショックなどがあります。これらの確率は2,500人に1人程度です。
- ・ **死亡** ... 他の薬と同様に極めてまれですが造影剤により死亡することがあります。その確率は、100,000人に1人程度です。

造影剤を使う検査をより安全に受けていただくために、次の質問にお答えください。

不明な点がある場合は、主治医または放射線科医にご質問ください。

患者記入欄

- ・ 今までに造影剤を使って検査をしたことがある _____ はい ・ いいえ
それは何の検査でしたか？ (_____)
- ・ 造影検査で検査中あるいは検査後に副作用があった _____ はい ・ いいえ
どのような症状でしたか？ (_____)
- ・ ヨード過敏症または重篤な甲状腺疾患がある _____ はい ・ いいえ
- ・ 気管支喘息がある(小児喘息は除く) _____ はい ・ いいえ
- ・ 心臓、肝臓、膵臓、血液などの病気がある _____ はい ・ いいえ
どのような病気でしたか？ (_____)
- ・ じんま疹などのアレルギー体質である _____ はい ・ いいえ
- ・ 薬のアレルギー症状があったことがある _____ はい ・ いいえ
- ・ 授乳中あるいは妊娠している(可能性も含む) _____ はい ・ いいえ

医師記入欄

- ・ ビグアナイド系糖尿病薬(メトホルミン等)を使用している _____ はい ・ いいえ
- ・ 透析導入している _____ はい ・ いいえ

「いいえ」の場合

クレアチニン (_____ mg/dL) 、 eGFR (_____) はいくらですか？

当日採血 測定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明日 _____

説明医師・担当医 _____ 印 同席者 _____

水島協同病院 院長殿

私は、上記内容について説明を受け理解しましたので、造影剤の血管内投与に同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名(本人または代理人) _____ 代理人の続柄 _____