

## ヨード系造影剤使用に関する説明書

(CT検査・尿路造影・胆道造影等)

予約された検査では、ヨード系造影剤という検査薬を使う可能性があります。造影剤はより正確な診断をするために用いますが、一方、下記に示すような副作用が極まれに起こることもあります。

### ○軽い副作用

吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹、注射部位の痛みなどですが、検査の1～2日後に発疹が現れることもあります。これらは治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で回復するものです。このような症状が発生する頻度は、約100人につき5人以下、つまり5%以下です。

### ○重い副作用

呼吸困難、嘔声、意識障害、血圧低下、腎不全などです。このような副作用は、入院のうえ治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。このような重篤な副作用が発生する頻度は、約2万5千人につき1人程度といわれています。

### ○遅発性副作用

体質により検査終了後に副作用(発疹、かゆみ、むくみ、吐き気、のどのイガイガ感、咳、冷や汗、動悸、脱力感、めまい)が現れる事があります。このような副作用は出るとすれば検査後10分以内がほとんどですが、ごくまれに数時間から数日後(多くは2日以内)に遅発性の副作用としてあらわれることがあります。また注射部位の痛みが数日間持続する場合があります。

### ○生命に及ぶ副作用

病状・体質によっては約40万人につき1人の割合で、死亡する場合があります。

### ○その他の事例

CT・尿路造影検査で造影剤を注射や点滴した場合、体が熱くなることがありますが、造影剤による一時的な刺激であり心配ありません。

CT検査では、造影剤を勢いよく注入するために血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります。通常は時間がたてば吸収されますので心配ありませんが、漏れた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもあります。

### ○ヨード系造影剤との併用注意について

糖尿病治療薬とヨード系造影剤は、併用するときは注意が必要な場合があります。糖尿病のお薬を服用されている方はお申し出下さい。

○緊急時の対応について

検査中に何か異常を感じたらすぐにお知らせ下さい。直ちに医師に連絡し、最善の対処を行います。

\* 主治医及び検査を担当する放射線科専門医はこれらの長所、短所をよく考えた上で、造影剤を使用した方が患者さまにとって利益になると判断した場合、造影検査を勧めています。

○造影剤を使用しなかった場合

病気の種類によっては、それぞれの画像検査において病変が検出されなかったり、診断に迷ったりする可能性があります。ヨード造影剤を使用しない検査法に代わる検査としてMRIや超音波検査といったX線を用いない検査や造影剤を使用しないCT検査などの画像検査があります。個々の検査法の利点や欠点は病気の種類によって様々ですので、ご不明な点がございましたら主治医にご相談下さい。

患者さまには造影剤の必要性和危険性をよくご理解して頂いた上で、安全に検査を行うために別紙問診票にお答え頂き、造影剤の使用に同意いただける場合、署名をお願いいたしております。

なお、お答えの内容によっては、当日医師が判断し造影剤を使用しない場合もありますので、あらかじめご了承下さい。

【外来患者さまで、帰宅した後に副作用が現れた場合の連絡先】

独立行政法人 国立病院機構 南和歌山医療センター

電話 0739-26-7050

(主治医または当直医師まで)

## 造影剤検査問診票・同意書

検査予定日（予約日） \_\_\_\_\_

安全に検査を受けていただくために、以下の質問にお答えください。

1. これまでに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？ 【ある・ない】
2. その時、具合が悪くなるなどの副作用はありましたか？ 【ある・ない】  
それは、どのような症状でしたか。該当するものに○をつけてください。  
【 吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・血圧低下・その他（      ）】
3. 甲状腺機能亢進症と診断されたことがありますか？ 【ある・ない】
4. 気管支喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？ 【ある・ない】
5. 腎臓(じんぞう)が悪いといわれたことがありますか？ 【ある・ない】
6. 糖尿病の治療で薬(血糖降下剤)を服用していますか？ 【ある・ない】  
現在服用している糖尿病薬の名前を記入してください。お薬名： \_\_\_\_\_
7. アレルギー性体質・病気はありますか？ 【ある・ない】  
◆該当するものに○をつけてください。  
【 薬／食べ物によるアレルギー・アトピー体質・花粉症・その他（      ）】

造影剤投与量を決めるために、身長と体重をお教えてください。

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

※データの記入をお願いします：(eGFR 30 以下は原則禁忌)

eGFR : \_\_\_\_\_ ml/min/1.73m<sup>2</sup>

造影剤を使用するにあたり、同意署名をお願いします。

<p>患者様への説明・同意</p> <p>CT 検査の内容、造影剤の副作用について説明を行いました。</p> <p>説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日      主治医署名： _____</p>
--

<p>同意書</p> <p>検査に対して内容・注意事項の説明を受け、造影検査を受けることに同意します。</p> <p>同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日      本人（自署）： _____</p> <p style="text-align: center;">代理人(続柄： _____ ) 署名： _____</p>
---

※ 検査開始までに問診内容に変更があれば申し出てください