

## ヨード造影剤についての説明書

X線検査では、ヨード造影剤という薬剤の注射をする場合があります。

この造影剤は X線検査での病気の有無や病気の性質、範囲といったことをより正確に評価するために用いられるものです。

造影剤を使用するかどうか(造影検査の必要性)は、主治医と検査担当医が判断いたします。

造影剤を使用すると、まれに副作用が起きることがあります。

**ぜんそくやアレルギーでこの確率は高くなります。**

副作用の種類は次のようなものです。

### (1) 軽い副作用

吐き気、かゆみ、くしゃみ、咳、咽頭痛(のど)違和感、動悸、頭痛、発疹などです。

造影剤投与直後に現われることが多いですが、検査の 1~2 日後に発疹が現わ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。

このような副作用の起る確率は 100 人につき、1~1.5 人(約 1~1.5%)です。

(胆のう造影の副作用の確立は 5%です。)

### (2) 重い副作用

呼吸困難、ショック、意識障害、血圧低下、腎不全などです。

このような副作用は通常は治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。

このため、入院や手術が必要なこともあります。

このような副作用の起る確率は 6,000~9,000 人につき1人(0.01%~0.02%)です。

病状・体質によっては 10~20 万人に 1 人の割合(0.0005~0.001%)で死亡する場合があります。

### (3) 造影剤を注射するときには、

① **体が熱くなる**ことがあります。直接の反応であり、心配ありません。

② 勢いよく造影剤を注入するために、**血管外に造影剤が漏れる**場合があります。

この場合、注射部位が腫れて痛みを伴うこともあります。基本的には時間が経てば吸収されます。漏れた量が非常に多い場合には、別の処置が必要になることもありますが、非常に稀です。

◇ 当院では検査中、スタッフが患者様の様子を観察しており、万一の副作用に対しても素早く対応ができるようにした上で検査を行なっています。

◇ 造影剤投与後、異常を感じたら、ためらわず、直ぐにお知らせ下さい。

◇ その他、分からないことや、気になることがあれば、医師もしくは検査担当者にお申し出ください。

## X線検査ヨード造影剤問診表・同意書

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 様

◇ X線検査では造影剤を体内に投与して検査を行なう場合があります。この造影剤による副作用として、かゆみ、じんましん、くしゃみ、吐き気、おう吐、また、ごく稀にショックなどが起ることがあります。(ヨード造影剤についての説明書を参照ください)

◇ この副作用のリスクを予知するために以下の質問にお答え下さい。

### 1. ぜんそく・アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか

- なし  
 ぜんそく    じんましん    アトピー性皮膚炎    アレルギー性鼻炎  
 食物( \_\_\_\_\_ )に対するアレルギー  
 飲み薬・注射薬( \_\_\_\_\_ )に対するアレルギー(副作用)  
 その他( \_\_\_\_\_ )

### 2. いままで造影剤の注射を用いた検査で副作用が起きたことがありますか

- なし  
 あり
- ① 何の検査ですか  
 CT    MRI    血管造影    腎臓造影    胆のう造影    心臓カテーテル  
 RI    関節造影    背髄造影    その他( \_\_\_\_\_ )
- ② どんな副作用でしたか  
 じんましん    発赤    くしゃみ    咳    あくび    口内異常  
 のどの違和感    おう吐    吐き気    頭痛    顔面のむくみ  
 その他

### 3. 心臓病、腎臓病、糖尿病などがありますか

- なし  
 心臓病    腎臓病    高血圧    糖尿病    けいれん    多発性骨髄腫  
 重症甲状腺機能亢進症

### 4. 女性のみお答えください:妊娠・授乳について

現在、妊娠していますか    いいえ    はい    わからない  
現在、授乳中ですか    いいえ    はい

### 5. あなたは造影剤の使用に同意されますか(同意された場合でも検査時に撤回することができます)

はい    いいえ

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日   本人署名 \_\_\_\_\_ 印

または代理人署名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 \_\_\_\_\_

### 【医師記入】上記の問診を確認したうえで造影剤使用

可    不可

確認日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日   医師署名 \_\_\_\_\_ 印