

発行日
フリガナ |
患者氏名 |

患者 ID
生年月日 |
様年齢性別 | /

説明文書 ヨード造影剤に関する説明

患者様用

下記の説明をよく読み、造影剤を使用する目的（メリット）と副作用（デメリット）を十分に理解した上で造影剤使用についての同意書に署名してください

- 同意書の署名が困難な方、自ら判断が難しい方、未成年者の場合等は代諾者が署名してください。
- 同意が確認されるまで造影剤は使用いたしません。
- 検査前であれば同意はいつでも撤回することができます。

使用目的

- 造影剤とは、身体組織の濃淡を強調することで、より正確な画像診断を行うための薬剤です。
- 具体的には、病変の検出率向上や、性質をより詳しく診断することが可能になります。

副作用

- 造影剤の安全性は確立されていますが、あらゆる薬剤と同様に副作用が起こる可能性があります。
- 今まで副作用がなかった方でも起こる可能性があります。
- 副作用の症状は様々で皮疹などの軽症から、アナフィラキシーショックや呼吸困難などの重篤なもの、極々まれに死に至ることも報告されていますが、重篤な症状ほど発症頻度は低確率になる傾向があります。
- 副作用発現時は適切な処置を受けることにも同意していただきます。
- 万が一重篤な副作用が起こったときは、病院全体で迅速に対処する体制を整えています。
- まれに造影剤が血管の外に漏れ、痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤は時間と共に吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になります。

使用後の注意点

- 多くの場合、副作用は投与後 **10** 分以内に発現しますが、**1** 時間から数日後にも発現する可能性があります。
- 造影剤使用后、発赤、じんま疹、嘔気、血圧低下、頭痛などの症状出現時は当院に連絡下さい。
- 体内の造影剤は約 **24** 時間で尿などと一緒に体外へ排泄されるため、いつもより多めに水分補給をお願いします。
- 水分制限されている方は主治医の指示に従ってください。

	主な副作用 頻度と症状
1%以下	嘔気 嘔吐 蕁麻疹 潮紅 咳 くしゃみ
	動悸 血管痛 呼吸困難 胸痛 腹痛 悪寒 嘔声
0.01%未満	ショック アナフィラキシー 痙攣発作 意識消失 心停止

特に注意が必要な方

- 腎機能が低下している方（eGFR **60** 未満）は、造影剤により腎機能が急激に悪化することがあるため、造影剤使用の前後に点滴などの処置が必要になる場合もあります。
- 気管支喘息のある方はない方に比べて約 **10** 倍、心臓の病気のある方はない方に比べて約 **3** 倍、過去に造影剤の副作用歴がある方はない方に比べて約 **5** 倍 副作用が起こりやすいことが知られています。
- ヨード（ヨウ素）にアレルギー・過敏症や重篤な甲状腺疾患のある方はヨード造影剤が使えません。

糖尿病薬（ビグアナイド系）を内服中 かつ 腎機能が低下している方（eGFR 60 未満）

- 乳酸アシドーシスを起こすおそれがあるので、糖尿病薬を休薬する必要があります。メトグルコ、メルビン、エクメットなどは、検査**2**日前 ~ 検査**2**日後の**5**日間は内服を中止してください。

妊娠中 または 授乳中の方

- 主治医と検査についてよく相談したうえで造影剤の使用に同意してください。
- 特別な理由がない限り、造影剤使用後の授乳制限は必要ありません。



社会福祉法人

恩賜
財団

済生会新潟県央基幹病院

TEL(代) 0256 - 47 - 4700

2024年 3月 第1版

発行日

患者ID

ヨード造影剤使用についての同意書

フリガナ | 生年月日 |

患者氏名 | 年齢/性別 |

問 診 票

問診者名
署名

体重 _____ kg

eGFR _____

検査日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日
mL/min/1.73m²

これまでに造影剤を使った検査を受けたことはありますか？
 CT 血管造影 MRI その他 (_____)

はい いいえ

これまでに造影剤を使った検査で具合が悪くなったことはありますか？
検査(_____) 症状(_____)

はい いいえ

ヨード（イソジン消毒液や海藻）、薬、食物などでアレルギー症状を起こしたことはありますか？
 花粉症 酒精綿 テープかぶれ
その他 原因(_____) 症状(_____)

はい いいえ

以下の病気にかかったことがありますか？

- 甲状腺疾患 褐色細胞腫 多発性骨髄腫 気管支喘息
- 心臓病 腎臓病 マクログロブリン血症 テタニー

慎重投与

はい いいえ

↳ 「はい」と答えた方で、現在治療を受けていますか？

はい いいえ

現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？

はい いいえ

↳ 「はい」と答えた方にお聞きます。以下の糖尿病薬を内服していますか？

- メトグルコ メトホルミン グリコラン イニシンク **ビグアナイド系糖尿病薬**
- メタクト メトアナ エクメット ジバトス、ジバトン、ブホルミン

休薬期間
検査2日前 ~ 検査2日後

注)ビグアナイド系を内服中で eGFR 60 未満の方のみ休薬が必要です。→

上記以外の糖尿病薬 (_____)

女性の方にお聞きます。妊娠している可能性はありますか？ または、授乳中ですか？

はい いいえ

私は、造影剤の使用について必要性、危険性および合併症などについて説明いたしました。以上の問診・診察の結果、造影剤の使用を許可します。

医 師 署 名

済生会新潟県中央基幹病院 病院長 殿

私は、今回の検査で造影剤を使用することについて理解し、これを使用することに同意します。

また、この医療行為の実施上必要な処置および制約、副作用発現時には必要な処置を受けることに同意します。

なお、検査前であればこの同意書をいつでも撤回できることを理解しています。

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

本人 または 代諾者 署名 _____

代諾者のみ
続柄 _____