

# ヨード造影剤使用検査を受けられる方へ

## 1. 造影CT検査に使用される造影剤について

この検査では、非イオン性ヨード造影剤という副作用が少ない薬を使用します。注射をしている部分から入れることで、腫瘍・血管性病変等の診断に役立ちます。この薬は安全な薬剤ですが、副作用が出る場合があります。

## 2. 副作用について

①軽度・・・吐き気、嘔吐、動悸、かゆみ、蕁麻疹、頭痛 など（100～200人に1人）

②重度・・・呼吸困難、喘鳴、意識低下 など（1万～2万人に1人）

→重度の副作用は出た場合、治療が必要となります。

また極めて稀ですが、死亡に至った例もあります。（10万～20万人に1人）

副作用は、検査中に出ることもありますが検査数時間後に症状が出ることもあります。また、以前造影CT検査で副作用が出ていなくても、今回副作用が出る場合もあります。

## 3. 検査時の注意

造影剤を注射した部分から入れるとき、体全体が熱く感じますが数分で治まります。

造影剤を入れているとき、稀に血管の外に造影剤が漏れることがあります。

その際、迅速かつ最善の処置を行います。

その他、「気分が悪い」・「息苦しい」など何かありましたらそばにいる看護師や放射線技師にお知らせください。

## 4. 検査後の注意

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、水分制限のない方は、水分を十分に摂取してください。

## 5. ヨード造影剤の禁忌について

ヨード過敏症・重度の甲状腺疾患・重篤な副作用の既往がある方は、重篤な副作用が発生する確率が高く、造影剤を使用できません。

また、重篤な心疾患・腎疾患・気管支喘息・糖尿病の薬を飲んでいる方は造影剤検査ができない場合があります。

## 6. 授乳中の方へ

授乳中の女性に投与されたヨード造影剤の乳汁に含まれる量は極わずかであり、

その極わずかな造影剤が乳児の体内に入る量は0.01%以下であるため、授乳は

通常通り継続していただいてもいいですが、不安がある場合は、検査後12～24時間控えてください。

## 7. その他

そのほか、何かありましたら看護師や放射線課へお問い合わせください。

## ヨード造影剤使用検査の問診書・同意書

### 1. 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。

- なし ⇒ 2の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ CT検査・MRI検査・血管造影・その他 ( )  
「あり」と答えられた方へ その時、副作用がありましたか。  
なし あり ⇒ 吐き気・おう吐・かゆみ・発疹・くしゃみ・鼻づまり  
その他ありましたら、具体的にお書き下さい。( )

### 2. 今までに、ぜんそくと言われたことがありますか。

- なし ⇒ 3の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ 現在も治療中 ・ 5年以上前から出ていない ・ 小児ぜんそく

### 3. 腎臓が悪いと言われたことがありますか。

- なし ⇒ 4の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ 病名が分かれば具体的にお書き下さい。( )

### 4. 今まで、薬、注射、食べ物でアレルギーが出たことがありますか。

- なし ⇒ 5の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ 薬品名や食物等具体的に分かればにお書き下さい。( )

### 5. 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか。

- なし ⇒ 6の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ お薬の名前を具体的にお書き下さい。( )

### 6. 甲状腺・心臓疾患がありますか。

- なし ⇒ 7の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ 病名が分かれば具体的にお書き下さい。( )

### 7. 過去3ヶ月(程度)以内の血液検査でのe-GFR値又はクレアチニン値をお書き下さい。(検査日 )

e-GFR値 ( ) ml/min クレアチニン値 ( ) mg/dl

### 8. 体重をご記入下さい。 体重 ( ) kg

### 9. その他、お気づきのことがあれば、お書き下さい。

( )

ヨード造影剤を使用することに同意されれば、下の同意書にご署名をお願い致します。  
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。

令和 年 月 日 紹介医ご署名 \_\_\_\_\_

貴院名 \_\_\_\_\_

(検査予定日 令和 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。

令和 年 月 日 本人のご署名 \_\_\_\_\_

家族代理の方のご署名 \_\_\_\_\_ (続柄: )

— 貴院控え及びFAX用 —

福岡青洲会病院 患者支援センター (TEL) 092-939-0070 (FAX) 092-939-0039

(H28 6月 改)

# ヨード造影剤使用検査の問診書・同意書

## 1. 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。

- なし ⇒ 2の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ CT検査・MRI検査・血管造影・その他 ( )  
「あり」と答えられた方へ その時、副作用がありましたか。  
なし あり ⇒ 吐き気・おう吐・かゆみ・発疹・くしゃみ・鼻づまり  
その他ありましたら、具体的にお書き下さい。( )

## 2. 今までに、ぜんそくと言われたことがありますか。

- なし ⇒ 3の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ 現在も治療中 ・ 5年以上前から出ていない ・ 小児ぜんそく

## 3. 腎臓が悪いと言われたことがありますか。

- なし ⇒ 4の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ 病名が分かれば具体的にお書き下さい。( )

## 4. 今まで、薬、注射、食べ物でアレルギーが出たことがありますか。

- なし ⇒ 5の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ 薬品名や食物等具体的に分かればにお書き下さい。( )

## 5. 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか。

- なし ⇒ 6の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ お薬の名前を具体的にお書き下さい。( )

## 6. 甲状腺・心臓疾患がありますか。

- なし ⇒ 7の質問にお進み下さい。  
あり ⇒ 病名が分かれば具体的にお書き下さい。( )

## 7. 過去3ヶ月(程度)以内の血液検査でのe-GFR値又はクレアチニン値をお書き下さい。(検査日 )

e-GFR値 ( ) ml/min クレアチニン値 ( ) mg/dl

## 8. 体重をご記入下さい。 体重 ( ) kg

## 9. その他、お気づきのことがあれば、お書き下さい。

( )

ヨード造影剤を使用することに同意されれば、下の同意書にご署名をお願い致します。  
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。

令和 年 月 日 紹介医ご署名 \_\_\_\_\_

貴院名 \_\_\_\_\_

(検査予定日 令和 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。

令和 年 月 日 本人のご署名 \_\_\_\_\_

家族代理の方のご署名 \_\_\_\_\_ (続柄: )

— 患者様控え用 —

福岡青洲会病院 患者支援センター (TEL) 092-939-0070 (FAX) 092-939-0039

(H28 6月 改)