

# ヨード造影剤に関する説明・問診・同意書

## 検査の問診

1. 今まで造影剤（注射）を用いた検査をしたことがありますか。

なし あり

その時、副作用はありましたか。

なし あり（吐き気、嘔吐、発心、くしゃみ、咳、呼吸困難、ショック）

副作用はいつ起こりましたか。（検査中、検査直後、数時間後、数日後）

2. アレルギー性の病気をしたことがありますか。

なし あり（じんましん、アトピー、花粉症、喘息、かぶれ、薬の副作用）

3. 糖尿病の薬を飲まれていますか。（該当する薬剤に○を入れてください）

なし あり（メトグルコ・メトホルミン・グリコラン・ネルビス・メデット・エクメット・ジベトス・ジベトン）

4. 以下の病気にかかったことがありますか。

なし あり（腎機能障害、透析、甲状腺機能亢進症、多発性骨髄腫、乳がん）

5. 現在妊娠していますか。（女性の方のみ）

いいえ はい

## 造影剤の説明

あなたの病気を正確に診断し、最良の治療方針を立てるために、ヨード造影剤を使う検査を行います。

この造影剤に対し、じんましん、くしゃみ、吐き気などの軽微な副作用を示す人（約3%）。呼吸困難、血圧低下（1万人に約4人）、心停止などの極めて重篤な症状（10万人に約4人）を示す報告があります。これらの症状は投与直後に起こることが多く、過去にヨード剤を使用し副作用が起こらなかった方でもまれに重篤な副作用が生じる場合があります。検査中は副作用に対し、適切な処置が講じられるよう万全の準備を整えておりますが救命が困難な場合もあります。また、遅発性副作用（検査後～数日後）として発赤、発疹、かゆみ、気分不良などの症状が現れることもありますが、ほとんどが一時的であり、重篤なものは極めて稀です。糖尿病の薬を飲まれている方は薬の種類により服薬を一時中断しなければならない場合があります。

造影剤注射時、稀に血管外に造影剤が漏れることにより、注射部位が腫れて強い痛みを伴う場合があります。ほとんどの場合、自然に回復しますが、症状により治療が必要な場合があります。

## 検査の同意

造影剤の必要性、副作用について主治医の説明に納得し、造影検査を受けることに同意します。

令和      年      月      日

患者氏名（自署）： \_\_\_\_\_

説明者氏名： \_\_\_\_\_