

ヨード造影剤に関する説明・同意書 (1 枚目)

検査当日に必ずお持ち下さい

患者 ID _____

名前 _____

今回、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。

1. 造影剤による副作用について

ヨード造影剤（以下造影剤）使用に伴う副作用として以下のことが挙げられます。検査中は副作用に対し適切な処置が講じられるように万全の準備を整えていますが、体質・症状により救命が困難な場合もあります。

- **軽微な副作用**：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%）、
- **重篤な副作用**：まれに呼吸困難・急激な血圧低下（1 万人に約 4 人）、心停止など極めて重篤な症状（10 万人に約 4 人）を示す人が報告されています。これらの症状は投与直後に起こることが多く、過去に造影剤を使用し、副作用が起こらなかった方でも稀に重篤な副作用が生じる場合があります。
- **遅発性副作用（検査後、数十分後～数日後）**：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まれです。
- 造影剤を注射する際、まれ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ことがあります。ほとんどは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。

2. 糖尿病薬の中断について

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。

3. 過去にヨード造影剤で副作用があった方、喘息の方

上記に該当する方は副作用が生じる可能性が高く、ヨード造影剤の使用は原則禁止されています。

ヨード造影剤に関する同意

私が文書と口頭で造影剤使用について説明を行いました。

説明日：

医師署名 _____ (印)

※医師署名欄：ワープロ入力される場合は必ず印をお願いします。

立会者署名 _____ (職種： _____)

造影剤の必要性、副作用などについて主治医の説明に納得し、造影剤を用いた検査を受けることに

同意します（造影剤を使用して検査します） 同意しません（検査はしますが造影剤は使用しません）

同意日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名（自筆） _____

本人が説明を理解できない場合（子ども、意識障害がある など）

代諾者署名 _____



ヨード造影剤に関する問診・検査依頼医確認項目(2枚目)

●検査の問診 (患者様の記載項目)

検査当日に必ずお持ち下さい

1. 今まで造影剤（注射）を用いた CT 検査をしたことがありますか。	はい	いいえ
2. その時、副作用症状がありましたか。（当院以外でも経験があればお答え下さい） 症状：（吐き気、嘔吐、発疹、くしゃみ、咳、呼吸困難、ショック） 発生したのは：（検査中、検査直後、数時間後～2日後、3日後以降）	はい	いいえ
3. アレルギー性の病気にかかったことがありますか。 □ぜんそく【□治療中(薬を使用している) □現在は発作なし(年前まであり) □治療していない】 □アトピー【□治療中(薬を使用している) □治療していない】 □薬の副作用(薬剤名：) □その他()	はい	いいえ
4. 下記の糖尿病薬を飲んでいますか。（該当するものがあれば○を付けてください） 薬名（・メグルコ・メホルミン・グリコラン・インシンク・メタ外・エクメット・メアナ・ジベトス・ブホルミン・該当薬なし） *お願い:検査当日は必ずお薬手帳を持ってご来院ください(内容を確認させて頂く場合があります)	はい	いいえ
5. 以下の病気にかかったことがありますか。 （腎機能障害、透析、甲状腺機能亢進症、多発性骨髄腫、乳がん）	はい	いいえ
6. 心拍数を抑えるお薬（β遮断薬）を飲んでいますか。 薬剤名（)	はい	いいえ
7. 女性の方にお尋ねします。現在、妊娠していますか。	はい	いいえ

【造影剤副作用症状の定義】

軽症	中等症	重症
・嘔気、軽度の嘔吐 ・咽頭不快感 ・軽度の蕁麻疹 ・発赤、紅斑 ・そう痒 ・くしゃみ ・咳嗽	・全身性の蕁麻疹 ・呼吸困難 ・喘鳴 ・顔面浮腫 ・眼瞼浮腫	・血圧低下 ・ショック ・喉頭浮腫 ・アナフィラキシー様症状 ・呼吸停止 ・心停止 ・心室頻拍（六連発以上）

●検査依頼医の確認項目 (検査依頼医師の記載項目)

患者本人または代諾人に対し造影検査を必要とする医療上の理由について説明しました。	はい	いいえ
以下、造影剤使用の判定 【1】【2】【3】のいずれか1つをチェックして下さい。（CT 造影剤使用判定表をご参照下さい）		
<input type="checkbox"/> 【1】 過去（院外検査も含む）の造影剤副作用歴と気管支喘息の既往がない事を確認しました。 →「CT 検査申込書」および「同意書」、「問診・依頼医確認項目」（1枚目と2枚目）に記入の上送付ください		
<input type="checkbox"/> 【2】 過去（院外検査も含む）の造影剤副作用歴または気管支喘息があるが、造影剤投与禁忌の状態ではないことを確認し、今回の造影検査で副作用が生じるリスクが通常より高くなることを、患者または代諾者へ説明しました。 →「CT 検査申込書」および「同意書」、「問診・依頼医確認項目」、「過去に造影剤による副作用があった方または喘息の方へ」（1枚目と2枚目と3枚目）に記入の上送付ください		
<input type="checkbox"/> 【3】 造影剤投与禁忌状態です。 中等症以上のヨード造影剤副作用既往歴あり、又は気管支喘息罹患中（投薬中または3年以内の発作） →紹介での造影 CT はお受けできません。単純 CT 検査または他の検査への変更をご考慮ください。どうしても造影 CT 検査が必要な場合は事前に地域医療推進課を通して放射線診断科に連絡し、適応や代替検査についてご相談ください。		
確認日：	確認医師名 _____	【2枚目の印は不要】

<過去に造影剤による副作用があった方 または 喘息の方へ> (3 枚目)**検査当日に必ずお持ち下さい。(1 枚目) (2 枚目) 併せて 3 枚必要です。**

過去にヨード造影剤で副作用があった方、喘息の方（特に治療中）は副作用が生じる可能性が高く、ヨード造影剤を使用してはならない（原則禁忌）とされています。また、過去に造影剤で副作用があった方は同じ造影剤を再度使用すると重篤な症状が出る場合があります。極めて稀ですが死亡する場合があります。

しかし、禁忌や原則禁忌であっても、造影剤の使用によるメリットが危険性を上回ると医師が判断した場合は造影剤を使用し検査を実施します。

今回は造影剤を使った検査が必要と考えられるため、造影剤使用の危険性と必要性について説明します。

1. 造影剤使用の必要性

造影剤を使用しなくても CT 検査を行うことは可能ですが、造影剤を使用することで病変部位の詳細な情報を得ることができ、より正確な診断に繋がります。また、血管走行など血管の位置を正確に知るために行う検査では造影剤の使用が不可欠です。

2. 副作用出現時の対応および予防について

- ・ 造影剤の投与により、過敏症やその他の副作用が出た場合、症状に応じて適切に対処します。
- ・ 副作用に対する治療費用については保険診療での対応になります（自己負担分が発生します）。
- ・ 禁忌や原則禁忌でありながら使用する場合には、副作用救済制度（薬剤により入院治療が必要になるような重篤な健康被害が生じた場合に医療費が給付される制度）は使えません。

3. 代替となりうる検査・治療

造影検査や造影剤を用いた治療に変わる検査・治療については別途主治医から説明します。代替がないこともあります。（どちらかにチェックしてください）

代替となる検査法 _____ 代替検査なしと判断しました

造影検査の必要性に対する同意

私が文書と口頭により、副作用発症のリスク等と造影剤使用の必要性について説明を行いました。

説明日：

医師署名 _____ (印)

※医師署名欄：ワープロ入力される場合は必ず印をお願いします。

立会者署名 _____ (職種： _____)

造影剤投与の危険性、禁忌や原則禁忌であっても造影剤検査を考慮する理由、代替となりうる検査・治療などについて主治医の説明に納得し、造影剤を用いた検査を受けることに

同意します (造影剤を使用して検査します) 同意しません (検査はしますが造影剤は使用しません)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名 (自筆) _____

代諾者署名 _____



神戸市立医療センター中央市民病院

CT 造影剤使用判定表（地域医療連携用）

【1】：造影剤副作用の既往歴なし（使用経験なし）・気管支喘息の既往なし
【2】：造影剤副作用（軽症）の既往歴あり 又は気管支喘息の既往あるが禁忌状態ではない。
【3】：造影剤投与禁忌状態【中等症以上のヨード造影剤副作用の既往歴あり 又は気管支喘息罹患中（投薬中または3年以内の発作）】

※副作用カードを所持していれば記載症状を確認の上、造影剤使用判定を行って下さい。

		気管支喘息の既往		
		なし	既往歴あり	罹患中 (投薬中又は3年以内の発作)
副作用歴の有無確認	副作用症状なし/ 造影使用経験なし	【1】	【2】	【3】
	副作用症状あり： 軽症	【2】	【2】	【3】
	副作用症状あり： 中等症・重症	【3】	【3】	【3】

* 1 咳喘息や成人患者における小児喘息の既往は喘息としない

* 2 副作用症状は下段の定義を参照して下さい。

【1】	【2】	【3】	注意事項
●	●		<ul style="list-style-type: none"> 検査日より6ヶ月以内の採血データ(eGFR値)が必要。 eGFR値<30は造影剤使用不可。
●	●		<ul style="list-style-type: none"> ヨード造影剤に関する説明・同意書(1枚目)とヨード造影剤に関する問診・検査医確認項目(2枚目)が必要。
	●		<ul style="list-style-type: none"> 造影が必要な場合は上記2枚に加え、【過去に造影剤による副作用があった方またはぜんそくの方へ】(3枚目)の作成が必要。
	●		<ul style="list-style-type: none"> 造影剤使用について説明後に3枚目の同意書を取得ください。
		●	<ul style="list-style-type: none"> 単純CT検査または他検査への変更を考慮。 どうしても造影が必要な場合は事前に地域医療推進課を通して放射線診断科に連絡し、適応や代替検査について相談下さい。

【造影剤副作用症状の定義】

軽症	中等症	重症
<ul style="list-style-type: none"> 嘔気、軽度の嘔吐 発赤、紅斑 咽頭不快感 軽度の蕁麻疹 くしゃみ・咳嗽(発生時の重症度による) 	<ul style="list-style-type: none"> 全身性蕁麻疹 呼吸困難 眼瞼浮腫 顔面浮腫 喘鳴 	<ul style="list-style-type: none"> アナフィラキシー様症状 血圧低下 呼吸停止 心停止 ショック 喉頭浮腫 心室頻拍(六連発以上)