



# 【同意書】造影CT検査

検査実施予定日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分～

## 1. 造影剤とは

造影剤は、病気を正確に診断するために用いる薬剤です。通常、腕などの静脈から投与します。今回の検査では、ヨードを含んだ造影剤(ヨード造影剤)を使用します。造影剤を短時間で注入するため体が熱く感じる場合がありますが、これは心配いりません。

## 2. 造影剤を使用するにあたり、以下の方は特に注意が必要です。担当医に申し出て下さい。

- (ア) 以前に造影検査で副作用が出たことのある方 (イ) 喘息やアレルギーのある方  
(ウ) 褐色細胞腫のある方 (エ) 甲状腺疾患のある方 (オ) 腎臓病のある方

## 3. 造影剤の副作用について

危険因子の無い方でも副作用が現れる可能性があります。副作用の種類と頻度は、おおよそ以下のとおりです。

- ① 軽い副作用: 吐き気、嘔吐、かゆみ、じんましん、咳、くしゃみ、頭痛等です。  
その頻度はおおよそ3～5%とされています。
- ② 重い副作用: まれにショックやアナフィラキシー様の反応(血圧低下や呼吸困難など)が生じる事があります。  
その頻度は 2500 人に1人程度とされています。

## 4. 副作用に対する対応について

検査の間、技師や看護師が患者様の状態を常に観察しています。具合が悪くなったときには、我慢をしないで申し出て下さい。

## 5. 授乳中の方へ

造影剤が乳汁中に出てくる可能性があるため、造影剤使用後は48時間授乳を中止する必要があります。

## 6. 糖尿病治療薬とヨード造影剤

糖尿病治療薬の中には、ヨード造影剤を使用するにあたり注意が必要なものがあります。服用されている方は主治医に申し出て下さい。

主治医記入欄(eGFR は3ヶ月以内)

- 透析患者  
 eGFR <30: 原則として造影不可  
 eGFR 30～44: 腎機能異常あるが造影剤使用  
 eGFR ≥45: 造影剤を使用

年 月 日 主治医サイン \_\_\_\_\_

## 同意書

私は上記の日時に予定されている造影検査の目的、危険性について、担当医師より説明を受け、理解しました。その上で造影検査を行うことに同意します。(注: 同意書に署名された後でも、いつでもこれを撤回することはできます)

年 月 日

佐久総合病院 佐久医療センター 院長殿

本人氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

(検査を受ける方が署名できない場合や未成年の場合には、代理人の方の署名をお願いします。)

家族または代理人氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

(本人との関係: \_\_\_\_\_)