

# 《問診表》 造影剤検査をうけられる方へ(CT用)

ID

氏名

診療科

## 検査予約日時

下記の該当項目に☑、必要項目にご記入・○をお願い致します。

- 同意書の説明を読みましたか？  
 はい  いいえ
- 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  あり⇒CT検査・MRI検査・腎臓検査・血管造影検査・その他( )  
上記ありと答えられた方へ その時副作用はありましたか？  
 なし  あり⇒じんましん・吐き気・くしゃみ・息苦しさ・その他( )
- 今までに気管支喘息と言われたことがありますか？  
 なし  あり⇒ 現在治療中(吸入薬・内服薬)  
⇒ 過去に言われたことがある( ) 年前頃)
- 今までに腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか？  
 なし  あり  わからない
- 現在糖尿病薬(ビグアイド系)を飲んでいますか？  
※糖尿病薬(ビグアイド系)は検査前48時間～検査後48時間休薬中断する必要があります。  
 なし  あり⇒内服薬名( )
- 心臓の薬(β-ブロッカー)を飲んでいますか？  
 なし  あり⇒内服薬名( )
- 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)と言われたことがありますか？  
 なし  あり⇒内服薬名( )
- 褐色細胞腫と言われたことがありますか？  
 なし  あり
- 女性の方へ 現在、妊娠または授乳をしていますか？  
 なし  あり(妊娠\_\_週・授乳)  わからない
- 最後に食事した時間を教えてください  
(昨日・本日)(午前・午後)\_\_\_\_時\_\_\_\_分頃
- 造影剤使用量の参考とするため身長、体重を教えてください  
身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg

患者様記入不要欄

CRE/eGFR	RT	RN
造影剤量 ml		

◎検査当日はこの問診表と同意書(別紙)を記入してお持ちください

水戸赤十字病院 放射線科

# 《問診表》 造影剤検査をうけられる方へ(MRI用)

ID

氏名

診療科

検査予約日時

下記の該当項目に☑、必要項目にご記入・○をお願い致します。

- 同意書の説明を読みましたか？  
 はい  いいえ
- 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  あり⇒CT検査・MRI検査・腎臓検査・血管造影検査・その他( )  
上記ありと答えられた方へ その時副作用はありましたか？  
 なし  あり⇒じんましん・吐き気・くしゃみ・息苦しさ・その他( )
- 今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？  
 なし  あり⇒具体的にお書きください( )
- 今までに気管支喘息と言われたことがありますか？  
 なし  あり⇒ 現在治療中(吸入薬・内服薬)  過去に言われたことがある( 年前頃)
- 今までに腎臓の機能が悪いといわれたことがありますか？  
 なし  あり  わからない
- 心臓の薬(β-ブロッカー)を飲んでいますか？  
 なし  あり⇒内服薬名( )
- 褐色細胞腫・マグログロブリン血症と言われたことがありますか？  
 なし  あり
- 体内に手術による金属、人工内耳・ペースメーカー・人工心臓弁・ステント等がありますか？  
 なし  あり⇒具体的にお書きください( )
- 閉所恐怖症がありますか？  
 なし  あり
- 女性の方へ 現在、妊娠または授乳をしていますか？  
 なし  あり(妊娠\_週・授乳)  わからない
- 最後に食事した時間を教えてください  
(昨日・本日)(午前・午後)\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分頃
- 造影剤使用量の参考とするため身長、体重を教えてください  
身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg

患者様記入不要欄

Cre / eGFR	RT	RN
造影剤量		
ml		

◎検査当日はこの問診表と同意書(別紙)を記入してお持ちください

水戸赤十字病院 放射線科 MRI室

## 造影剤についての説明・同意書

今回、病状の診断をしていくにあたり、体内の情報を得るために、下記の☑(チェック)した画像診断検査が必要であると考えられます。

- MRI(磁気を使って体内の情報を得るもの)  
 CT(放射線とコンピュータを組み合わせ、体内の情報を得るもの)  
 血管造影                       DIC(点滴静注胆嚢胆管造影)                       DIP(点滴静注腎盂造影)  
 IVP(経静脈性腎盂造影)  その他( )

この検査を行うにあたり造影剤を用いると、腫瘍等の症状についてもより明らかになり有用性は非常に高いのですが、稀に次のような副作用の起きることがあります。

<軽い副作用 5%以下>

- ・発疹、発熱、吐気、めまい、胸内苦悶感、かゆみ、くしゃみ、動悸、頭痛等

<重篤な副作用 0.1%以下>

- ・血圧低下、呼吸困難、意識消失、痙攣、腎不全等
- ・万が一、このような症状の起きた際には速やかに対処しますが、重篤な副作用が起きると10万人に1人程度で死に至るとの報告もあります。

### 【造影剤の使用に際し注意が必要な方】

- ・**気管支喘息**やその他のアレルギー体質などがある方は、造影剤副作用の頻度が高くなることが報告されています。また、**甲状腺疾患**のある方、**腎機能の低下**した方は症状の悪化の恐れがあります。このような方へ造影剤を使用するかどうかは、造影剤使用の利益と危険性を考慮して、主治医または検査担当医が判断いたします。また、**ビグアナイド系糖尿病薬**を内服されている方は、服薬を一時中断する必要があります(MRIは必要なし)。

### 【造影剤の血管外漏出について】

- ・疾患によっては造影剤を急速に注入する必要があり、造影剤が血管外に漏れる場合があります。その場合、注射部位が腫れて痛みを伴うこともあります。少量の造影剤が漏れた場合は自然に吸収されますが、大量に漏れた場合は処置が必要になることがあります。

### 【副作用の出現時期】

- ・造影剤の副作用は投与直後(10分以内)に起こりますが、稀に数時間から数日後に起こる場合があります。帰宅後に上記副作用の症状がみられた場合は、病院へご連絡ください。

### 【治療費】

- ・万が一、副作用が発生した場合は最善の処置をとらせていただきます。その際に発生する治療費は、通常の保険診療となります。
- ・上記についてご理解いただけましたら、下記にご署名ください。なお、同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

令和                      年                      月                      日                      説明医師名                      印

私は、この造影剤について説明を受け、その有用性および副作用について理解しましたので、造影剤を使用するの検査を実施することに

(     同意                       拒否    ) いたします。

水戸赤十字病院 院長 野澤 英雄 殿

令和                      年                      月                      日                      患者様氏名                      印

※都合により本人が署名することができない場合には、親族等が患者氏名をご記入のうえ、代理人署名欄に署名してください。(未成年者の場合には保護者が署名してください。)

代理人氏名                      印

(患者様との続柄: )

