

造影CT検査を受けられる方へ

この検査で使用するヨード造影剤は、病気の診断に有効な情報を得るために使われる検査薬で、ヨード造影剤を使用することにより、疾患の有無や内容、種類、状態などのより詳細な情報が得られます。

1、ヨード造影剤の副作用

この薬は安全な薬剤ですが、次のような副作用があります。

- 1) 軽い副作用：吐き気、嘔吐、動悸、かゆみ、発疹などが5%以下の割合でおこります。
- 2) 重い副作用：血圧低下、呼吸困難、意識障害などが0.1%以下の割合でおこります。また、病状や体質によっては0.001%以下の割合で死亡例が報告されています。

*現在のところ、このような不快な反応の出現を100%予知する方法はありませんが、検査中は医師や看護師が患者さんの様子を観察しています。万一、重篤な副作用が起きた場合は、迅速に処置が行えるように万全の体制を整えています。

2、ヨード造影剤の禁忌

ヨード過敏、ヨード造影剤副作用の既往、気管支喘息、腎臓機能低下のある方は、重い副作用の発生する確率が高く、造影剤を使用できません。また、褐色細胞腫、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニ、重篤な甲状腺疾患などの方、ならびにビグアナイド系の糖尿病のお薬を飲んでおられる方は、造影検査ができない場合があります。

(ビグアナイド系糖尿病薬：メトグルコ錠、グリコラン錠、メデット錠、メルビン錠、ネルビス錠、メトリオン錠、メトホルミン塩酸塩錠、ジベトス錠、ジベトンS腸溶錠、メタクト配合錠、塩酸ブホルミン錠「ミタ」)等

2015年2月 現在

3、検査前の食事

午前の検査は朝食を、午後の検査は昼食を控えてください。ただし、水やお茶で水分の補給をお願いします。また、心臓や高血圧のお薬は服用してください。その他のお薬については主治医にご相談ください。

4、検査後の注意

- 1) 検査後は、水やお茶などの水分をいつもより多く飲んでください。ただし、医師により水分制限をされている方は医師の指示どおりにしてください。
- 2) まれに造影剤注射後数日たってから、じんましん、むくみ、血圧低下などの副作用が現れることがありますので、その際は当院にご連絡ください。
- 3) ビグアナイド系の糖尿病のお薬(前述)を飲んでおられる方は、検査当日および検査終了後2日間は、お薬を服用しないでください。 *血清クレアチニン値に異常がある方は検査前2日間も休薬

5、授乳中の方へ

ヨード造影剤は母乳中に移行しますので、造影剤注射後48時間は授乳しないでください。

連絡先 独立行政法人 国立病院機構盛岡医療センター TEL：019-647-2195
日中 午前8：00～午後5：00 受診している外来に相談してください。
夜間は当直医が対応いたします。

造影剤使用前チェックリスト

患者氏名

現在の体重 (kg)

* 医師記入

クレアチニン値 (mg/dl)

該当項目に☑してください。(この用紙は検査のたびに記入していただきます)

1-1、今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか。

はい

いいえ

1-2、1-1で「はい」、と答えた方へ

その検査で、吐き気、嘔吐、発疹、かゆみなどの副作用をおこしましたか。

はい (その時の症状:)

いいえ

2、今までに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか。

はい (はい、と答えた方 治療中 治療していない)

いいえ

3、今までに腎臓が悪いといわれたことがありますか

はい (はい、と答えた方 治療中 治療していない)

いいえ

4、今までにアレルギー性疾患にかかったことがありますか。

はい (はい、と答えた方: 具体的にお書きください)

いいえ

5、今までにお薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか。

はい (はい、と答えた方: 具体的にお書きください)

いいえ

6-1、現在、糖尿病のお薬をのんでいますか。

はい

いいえ

6-2、6-1で「はい」と答えた方へ

ビグアナイド系糖尿病薬をのんでいますか。

はい (お薬の名前)

いいえ

ビグアナイド系糖尿病薬をのんでいる方は、3日間(検査日と検査後2日間)の休薬を要します。

ただし血清クレアチニン値に異常のある方は検査前2日間も休薬を要します。

(ビグアナイド系の糖尿病薬: メトグルコ錠、グリコラン錠、メデット錠、メルビン錠、ネルビス錠、メトリオン錠、メトホルミン塩酸塩錠、ジベトス錠、ジベトンS腸溶錠、メタクト配合錠、塩酸プロホルミン錠「ミタ」)等

2015年2月現在

確認医師名

同意書

私は、造影CT検査に関して、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。

CT検査に際して

- 造影剤の投与を受けることに同意します
- 造影剤の投与には同意できません

なお、この同意に関する決定は、検査前のどの時点でも変更が可能であること、また、医師の判断で造影剤を使用しない可能性があることを理解しています。

令和 年 月 日

患者様署名 _____

(代理人署名) _____ 続柄 _____

説明医師名 _____