

## 造影 X 線検査についての説明

### <造影 X 線とは>

CT・血管造影・尿路造影(DIP や RP)・胆管造影(DIC)などがそれにあたります。

ヨードを含む薬剤(造影剤)を、血管内(あるいはその他の腔内)に注入しながら行う検査です。造影剤を使うことによって、病変の存在や性状などが詳しく描出され診断に役立ちます。逆に造影剤を使わないことによって、実際は存在する病気が描出されないこともあります。

### <造影剤の副作用>

造影剤は、検査部位によって 1~5ml/秒と急速に注入することもあり、全身の熱感を感じますが、これは正常の反応です。その他、以下の副作用が起こることがあります。通常、造影剤注射直後~30 分後に起こります。

※ 軽い副作用(頻度は 3~5%以下):吐き気・嘔吐・頭痛・めまい・発疹・かゆみ・せき・涙など。

※ 重い副作用(頻度は 0.04%以下):非常に希にショックや呼吸困難などに重篤な副作用が生じることがあります。また、10 万~20 万人に 1 人ですが、造影剤による命に関わる副作用の報告もあります。

また、以前に造影剤を使った際に副作用の出た方・気管支喘息やアレルギーのある方では、副作用の出現頻度が高くなっています。

### <副作用が起こった時>

軽度の場合は、自然と改善しますが、症状によっては副作用改善させる目的の注射や飲み薬が必要な場合があります。また、高度・重篤な場合は、救命措置など必要な場合がありますが、当院では何時でもこの様な処置ができるように準備を整えております。

### <造影検査を受けられた後の注意>

※ 造影剤は尿として体外に排泄されます。検査終了後は、造影剤の排泄を促進するために、できるだけ多くの水分を取るようになしてください。尚、心臓病・腎臓病などで、水分制限を受けていらっしゃる方は主治医までご相談ください。

※ 造影剤には、検査後 1 時間~数日後に起こる遅発性の副作用が希にですが起こります。症状は、発疹・かゆみ・はきけ・発熱・頭痛・気分不良などで、多くは数時間で消失しますが、万が一この様な症状やその他の異常がありましたら、かかりつけ医に連絡ください。

# 造影 X 線検査における同意書・実施表

※太枠内のみ記入をお願いいたします。

## <同意書>

※ 以下のどちらかの□に✓印をして、ご署名ください。

私は、造影検査についての説明と問診を受け、十分理解しました。その上で

造影剤の使用に同意します。

造影剤の使用には同意できませんので、使用しないでください。

同意日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ (代理人 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_)

## <造影 X 線検査問診>

1. 今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことはありますか？  
 なし  あり (  CT,  MRI,  その他 )
2. その際、副作用が出たことがありますか？  
 なし  
 あり：どの様な副作用か、以下に○を付けるか、詳細を記載ください。  
→発疹・吐き気・嘔吐・その他 ( \_\_\_\_\_ )
3. アレルギー性の病気やアレルギー体質はありますか？  
 なし  
 あり：どの様なアレルギーか、以下に○を付けるか、詳細を記載ください。  
→喘息・じん麻疹・アトピー・アレルギー性鼻炎・薬・食べ物・その他  
→詳細に ( \_\_\_\_\_ )
4. 腎臓・心臓・甲状腺などに重い病気がありますか？尿の出は悪くないですか？  
 なし  
 あり：どの様な病気か、どの様な手術をしたか、記載ください。  
→ ( \_\_\_\_\_ )
5. 体内に金属はありませんか？  
 なし  
 あり (入っているもの： \_\_\_\_\_ )
6. (女性の方へ) 妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？  
 なし  
 妊娠の可能性あり  
 授乳中
7. 現在、糖尿病薬（ビグアイド系等）を服用されていませんか？  
 なし  
 あり；服用されている薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )
8. 現在、抗がん剤・消炎鎮痛剤などを服用されていませんか？  
 なし  
 あり；服用されている薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

## <スタッフ記載欄>

- 問診者（サイン）：
- 腎機能：Cr \_\_\_\_\_ (採血日： 年 月 日) 担当医師サイン： \_\_\_\_\_
- 静脈留置針留置者（サイン）：
- 刺入部腫脹：  なし、  あり (程度： \_\_\_\_\_ )
- 接続部の漏れ：  なし、  あり
- 副作用：  なし、  あり (程度と対処： \_\_\_\_\_ )
- 静脈留置針抜去者（サイン）：
- その他記録：

検査日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※テンプレートに入力後、患者ファイルへ