**ヨード造影剤の使用に関する問診表及び同意書**

氏名

生年月日

＜CT、透視検査用＞

主治医

　　　　　　　　　　　　　検査予定日時：　　 月　　 日

eGFR: 　　　 mL / min / 1.73m2

『造影剤』という薬剤を使用して検査を行うことで、血管や腫瘍など血流の豊富な組織や尿路が見やすくなり、より精度の高い診断が可能となります。造影剤は安全な薬剤ですが、一般の薬と同様にまれに副作用が起こる可能性があります。万が一、副作用が現れた場合にはすぐに対処できるよう準備を整えています。

・副作用について

1. ヨード造影剤の副作用とその頻度

副作用の程度 頻度　 　　 症状

軽症　 　 100人に3人（3 %） 　　 吐き気、嘔吐、かゆみ、蕁麻疹、熱感など。

重症　 　 2.5万人に1人（0.004 %） 血圧低下、呼吸困難、意識消失、腎不全など。

死亡　　 40万人に1人（0.00025 %）

1. 造影剤を注入する際に、まれに血管外に造影剤が漏れることがあります。時間が経てば身体に吸収されますが、疼痛、腫脹、水疱などのほか、まれに皮膚潰瘍、軟部組織壊死やコンパートメント症候群となることがあります。
2. 薬剤が血液より濃いことにより、一時的に身体が熱くなりますが、心配ありません。

**問診表**

1. 今までに造影検査を受けたことがありますか？　　　 いいえ　　　はい

その時に副作用がありましたか？ 　　　　　 いいえ　　　はい

（症状：　 　　　　　）

1. 気管支喘息がありますか？　　　　　　　　　　　　 いいえ　　　はい（治療中・未治療）
2. 心臓病・肝臓病・腎臓病や甲状腺疾患、 いいえ　　　はい

褐色細胞腫およびその疑いがありますか？ 　 　　　　　 （ 　　　　　　 　　　）

1. アレルギーはありますか？　　　　　　　　　　　　 いいえ　　　はい

（ 　　　　　　　　　）

1. 糖尿病の薬を服用していますか？　　　　　　　　 　 いいえ　　　はい

メトグルコ錠、グリコラン錠、ジベトス錠、メトホルミン錠、メタクト配合錠、エクメット配合錠、イニシンク配合錠、　　メトアナ配合錠など

（薬名 　　　　　　　　）

※ビグアナイド系の糖尿病薬を服用している場合、

eGFR: 60未満の患者様は検査当日および翌日(計48時間)服用を中止してください。

**私は十分な説明を受け納得しましたので、今回の検査での造影剤の使用に同意します。**

　　　　　年　　　月　　　日　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　保護者または代理人氏名 　　　　　　 　　　 （続柄　　　　）

（注）保護者または代理人欄は、本人が未成年者または署名できないときなどにご記入ください。

本同意書をもって、入院中の造影検査についても同意を頂いたこととさせて頂きます。

主治医記入欄

|  |
| --- |
| 以上、造影剤による副作用の可能性を考慮の上で、正確な診断のために造影CT検査が必要と判断します。また、そのことを患者様に説明し同意を得ました。　　　　　 年　　　月　　　日 主治医（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　血清クレアチニン値：　 　　　　　mg / dL 　eGFR：　　　　　　mL / min / 1.73m2　（測定日：　　　　　　　　　　　　）検査日の3ヶ月以内の採血データのみ有効。（採血データを添付してください。）　　　　　　　　　　　　　　　　　※eGFR: 30未満では腎保護のため補液を行ってください。推奨：検査前に、3 mL / kg / hにて3-4時間、検査後に1 mL / kg / hにて4-6時間。　　　（検査2時間前より100mL / hにて500mLでも可。）検査時の指示／注意点など□特になし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

検査担当者記入欄

|  |
| --- |
| 　　　　　　年　　　　月　　　 日　　　　 　 　　 体重：　　 　kg　 身長： cm・問診での該当項目　 □ なし□ あり　　（検査中止　・　□処置（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　・検査時の副作用□ なし　　□ あり（症状：　　　　　　　　　　　　　　）（処置：　　　　　　　　　　　　　　 　） 　　検査担当者（Dr. or Ns. or Rt. ）　　　　　　 　　　　／　　　　　　　　　　　　　　　使用造影剤：　オムニパーク　・　オプチレイ　・　イオメロン　・　　　　　　　　　　 |