（原本/病院控）

造影剤検査説明書（地域医療連携室用）

年　　月　　日

患者様ID＿＿＿＿＿＿＿＿　　患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　様

1．造影剤検査について

造影剤（CT検査・血管撮影等の際にはヨード造影剤、MRI検査の際にはガドリニウム造影剤）を血管内に注射して行う検査です。造影剤を使用することで異常の有無や病変の性状、範囲などが詳しく描出され、病気の早期発見や正確な診断を行うことができます。

2．副作用について

体に合わず、副作用が出ることがあります。しかし、造影剤による副作用の発生を予知する方法はありません。副作用が起こりやすい要因としてアレルギー歴（気管支喘息など）、造影剤による副作用歴（過去に造影剤を使用して気分が悪くなったり、じんましんが出たことがある）などがあります。また、腎機能障害のある方も注意が必要です。副作用の殆どは軽症で検査直後（1時間以内）から症状が出る場合が大半で、稀に24時間以上経過してから症状がでる場合もあります。(遅発性副作用)

◆即時性副作用（検査中または直後）

1）かゆみ、吐き気、嘔吐、じんましんなど軽い副作用　・・・　100人に数人

2）血圧低下、呼吸困難、意識障害などの重い副作用　・・・　1万人に数人

3）ショック、稀に心停止・死亡などの重篤な副作用　・・・　数十万人に1人

◆遅発性副作用

ごく稀に検査終了数時間から数日後に上記症状がでることがあります。

3．副作用が起きた際の対応について

軽い副作用は通常、時間の経過とともに症状は治まります。検査中は医師、看護師、放射線技師が患者様の様子を観察していますので、万一重篤な副作用が発生した場合も、迅速な処置を行なえるよう万全の体制を整えています。

4．造影剤が血管外に漏れた場合について

検査によっては稀に造影剤が血管の外に漏れる場合があります。注射部位が腫れたり痛みを伴ったりすることがありますが、ほとんどの場合は時間の経過と共に自然に吸収されますのでご心配はいりません。
腫れや痛みの症状が強い場合は診察が必要になる場合があります。（費用は患者様負担になります）

5．造影剤検査の承諾撤回について

造影剤の使用を承諾された場合でも、検査前に造影剤検査に関する承諾をいつでも撤回することができます。造影剤検査を受けたくない場合は当院職員にお申し出ください。

6．その他

ご不明な点は、ご遠慮なく当院職員にお尋ねください。

説明・確認者

※医師が担当した場合は、記名不要

CT検査・血管撮影（　　）	
検査実施判定	□ **実施**　・　□ **中止**
□ **慎重投与**	
前処置	□ **不要**　・　□ **要**

MRI検査	
検査実施判定	□ **実施**　・　□ **中止**
□ **慎重投与**	
前処置	□ **不要**　・　□ **要**

□ **患者様の容態により問診不能であるが、検査を実施する**

※以下、確認しチェックして下さい。その後、署名をお願い致します。

□ **造影剤の説明　済み**　　□ **問診内容　確認済み**

担当医　　㊞

担当医へのお願い

＊造影剤慎重投与の時は、原則として医師の立会いをお願いします。
＊「患者様の容態により問診不能　実施」を選択した場合、担当医は検査時の待機を行い緊急時に備えてください。
＊コピーした用紙を患者様にお渡しください。