

様

造影X線検査(CT、IVPなど)を 受けられる方への説明

年 月 日

1. 造影X線検査とは

造影X線検査とは、ヨードを含む薬(造影剤)を血管内に注射しながら行うX線検査です。造影X線検査には造影CT検査、排泄性尿路造影(IVP)、血管造影などが含まれます。造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などがより詳しく描出され、診断に大変役立ちます。

2. 造影剤の副作用

検査に際しては、その時点での症状や以前にかかった病気、家族の方がかかった病気などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後しばらくしてから下記のような副作用症状が起きることがあります。

軽い副作用(頻度は約3~5%以下)

吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、
じん麻疹 発疹、かゆみ、手足のむくみ、発熱、せき など

重い副作用(頻度は約2,500人に1人)

まれにショックやアナフィラキシー反応(例えば呼吸困難や血圧低下など)が生じることがあります。

以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強くなる場合もあり、造影検査を行わないこともありますので、必ず問診票の記入をお願いいたします。

- 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことがある方
- 気管支喘息などのアレルギー性疾患のある方
- ほかの薬剤過敏症やじん麻疹などアレルギー歴のある方

3. 副作用の予知について

初めて造影剤検査を受けられる方、または今まで造影剤による症状を起こしたことのない方が、今回の造影検査で副作用を起こすかどうかをあらかじめ調べる方法は現在のところありません。

4. 副作用に対する対応

副作用が軽度の場合は、経過観察で改善するケースが多いのですが、中等度の場合には症状に応じて薬剤を使用します。高度な場合には、気管挿管などの特別な救命処置・治療が行われます。

※副作用の症状が起きて診察・治療を要した場合に係わる医療費は、患者さんの自己負担となります。その際は、健康保険が適用されます。

注. 以上の説明をご理解いただいた上で、別紙の同意書にご署名をお願いします。

同意書に記入された後でも、いつ造影を拒否されてもかまいません。

なお、ご不明な点は担当医師または下記にお問い合わせください。

北村山公立病院 放射線室

TEL 0237-42-2111 内線2183(平日午前8時30分~午後5時15分)

1. 造影MRIとは

造影MRI検査とは、ガドリニウムを含んだ薬を血管内に注射しながら行うMRI検査で、病変の存在や性状などがより詳しく描出され、診断に大変役立ちます。

2. 造影剤の副作用

検査に際しては、その時点での症状や以前にかかった病気、家族の方がかかった病気などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後しばらくしてから(多くは2日以内)下記のような副作用症状が起きることがあります。

軽い副作用(頻度は約1～2%)

吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、かゆみ、発熱、せき、腰痛、背部痛など

重い副作用(頻度は約2,500人に1人)

まれにショックやアナフィラキシー反応(例えば呼吸困難や血圧低下など)が生じることがあります。

以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強くなる場合もあり、造影検査を行わないこともありますので、必ず問診票の記入をお願いいたします。

- a. 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことがある方
- b. 気管支喘息などのアレルギー性疾患のある方
- c. ほかの薬剤過敏症やじん麻疹などアレルギー歴のある方

造影剤の漏れ

造影剤を注射する際に、血管外へ造影剤が漏れる場合があります。その際には、腫れや痛みを伴いますが、時間とともに吸収されていきます。

3. 副作用の予知について

初めて造影剤検査を受けられる方、または今まで造影剤による症状を起こしたことのない方が、今回の造影検査で副作用を起こすかどうかをあらかじめ調べる方法は現在のところありません。

4. 副作用に対する対応

副作用が軽度の場合は、経過観察で改善するケースが多いのですが、中等度の場合には症状に応じて薬剤を使用します。高度な場合には、気管挿管などの特別な救命処置・治療が行われます。

※副作用の症状が起きて診察・治療を要した場合に係わる医療費は、患者さんの自己負担となります。その際は、健康保険が適用されます。

注. 以上の説明をご理解いただいた上で、別紙の同意書にご署名をお願いします。

同意書に記入された後でも、いつ造影を拒否されてもかまいません。

なお、ご不明な点は担当医師または下記にお問い合わせください。

北村山公立病院 放射線室

TEL 0237-42-2111 内線2183(平日午前8時30分～午後5時15分)

患者番号

フリガナ

患者氏名

性別

年齢

生年月日

造影検査同意書

北村山公立病院 院長殿

CT検査、MRI検査、排泄性尿路造影、血管造影
その他()

私は担当医師から造影検査の目的、必要性、副作用について十分な説明を受け、
診療上必要であると理解いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。
また、副作用が見られた時には必要な処置を受けることを承諾いたします。

説明を受けた項目(□をチェック)

1. 造影検査の必要性について
 2. 造影検査の副作用について
 3. 副作用の予知について

患者さん署名

※本人が未成年または署名できない場合などは下記にご記入ください。

家族等署名

患者との続柄

説明年月日: 年 月 日 説明者:

医師名:

病院名:

様

造影検査同意書

(患者さん控え)

北村山公立病院 院長殿

CT検査、MRI検査、排泄性尿路造影、血管造影
その他()

私は担当医師から造影検査の目的、必要性、副作用について十分な説明を受け、
診療上必要であると理解いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。
また、副作用が見られた時には必要な処置を受けることを承諾いたします。

説明を受けた項目(□をチェック)

1. 造影検査の必要性について
2. 造影検査の副作用について
3. 副作用の予知について

患者さん署名

※本人が未成年または署名できない場合などは下記にご記入ください。

家族等署名

患者との続柄

説明年月日: 年 月 日 説明者:

医師名:

病院名: