

造影 CT 検査に関する説明書

～ 造影剤を用いる CT 検査を受けられる方へ ～

□ 造影剤を使用した CT 検査

今回実施する CT 検査は、“造影剤”という薬剤の注射をして行います。造影剤を使用しなくても CT 検査は行えますが、造影剤を用いることにより患者様の病気の状態をより正確に明らかにし、より効果的な治療に役立てることができます。

□ 造影剤注射時には

造影剤を注射すると、個人差がありますが**体が熱くなる**ことがあります。造影剤による一時的なもので、検査が終わるにつれてこのような症状は消えていきます。

□ 造影剤の血管外漏出（注射漏れ）について

注射針が血管内に入ったことを確認してから造影剤を注入していますが、造影 CT 時には自動注入機を使用して血管へ圧力がかかるため血管外漏出（もれ）が起こる事があります。造影 CT 時の血管外漏出の頻度は 0.3~0.9% と報告されています。**注入時に痛みが強くなってきたら速やかに担当技師・看護師に伝えてください。**

・血管外漏出時の症状

血管外漏出が起こって始めの数日は腫脹（はれ）が大きくなりますが、ほとんどの場合時間と共に改善します。疼痛、腫脹、水疱などのほか、非常にまれですが重篤例では潰瘍の形成やコンパートメント症候群（組織、血管、神経の壊死や機能障害）などが報告されています。

・血管外漏出時の処置

漏出した部位を挙上し、冷罨法（氷やシップで冷やす）で痛みや腫れを和らげます。痛みがひどい場合は消炎鎮痛剤を服用することもあります。重篤な症状が出た場合には、皮膚科や形成外科での処置が必要なこともあります。血管外漏出に対して処置が必要なケースは、約0.02%と非常に少ないです。多くの場合は、**軽度であり、時間はかかるもののシップで軽快します**。もし不安な点や質問があれば、担当技師・看護師に相談してください。

□ 副作用の種類や発生頻度は？

造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬剤と同様にまれに副作用が出現することがあります。

副作用の程度	副作用の種類	副作用の頻度
軽症	吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹など。	5% (約 100 人につき 5 人)
重症	重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下など。	0.04% (約 2.5 万人につき 1 人)

Katayama H.et al.:Radiology 175(3):621-628(1990)

このような副作用は、通常は治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。極めて稀ですが、症状・体質によっては死亡に至った例もあります。(約 40 万人につき 1 人) こうした副作用がいつ発生するかを事前に知ることはできません。また、前回の検査の際には異常がなくても、今回の検査で副作用が出ることもあります。当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。もし**副作用と思われる症状が発生した場合は、すぐにスタッフにお伝えください**。また、上記の副作用は遅れて発生する場合があります。(1 時間以降～3 日程度)

副作用が発生した場合は**当院 (03-3638-2301)**にご連絡ください。

□ 同意書の署名

造影剤にはこうした副作用がありますが、主治医は患者様の病気を診断し治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。検査に同意されれば、別紙の同意書に署名、捺印をお願いします。患者様が未成年や意識障害のある場合は家族や代理人の方でも結構です。印鑑をお持ちでない場合は署名(自署)だけでも有効とさせていただきます。

東京心臓不整脈病院

造影CT検査の問診票

造影CT検査を受けていただくために、以下の質問にお答えください。

①	今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 検査名： CT ・ MRI ・ 血管造影 ・ その他()
②	①で「はい」と答えた方は、副作用がでたことはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 症状： 蕁麻疹 ・ 咳 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ その他()
③	下記の病気と言われたこと(診断されたこと)はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 気管支喘息 ・ 蕁麻疹 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 腎機能障害 糖尿病 ・ 甲状腺機能亢進症(バセドウ病) ・ 緑内障
④	③で「糖尿病」と答えた方は、糖尿病の薬を飲んでいますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 薬剤名：() <input type="checkbox"/> 不明)
⑤	現在、妊娠中またはその可能性がありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑥	現在の体重を教えてください。 <input type="checkbox"/> kg

同意書

私は造影 CT 検査を受けるにあたり検査内容を十分に理解した上で、検査を受けることに同意します。尚、緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適正処置を受けることにも同意します。

年 月 日

患者氏名： _____

代理人： _____ (続柄： _____)

【医師記入】 _____

説明医師： _____

責任医師： 鵜野 起久也

東京心臓不整脈病院