

造影CT 検査を受けられる方へ

検査で使用するヨード造影剤は、病気の診断や、状態を明らかにすることに役立ちます。安全性の高い薬剤ですが、まれに次のような副作用が出る場合があります。

- 1) 軽い副作用: 吐き気、嘔吐、動悸、かゆみ、発疹などが、5%以下の割合でおこります。
- 2) 重い副作用: 血圧低下、呼吸困難、意識障害などが、0.1%以下の割合でおこります。
注射や点滴、重症の場合は気管内挿管など処置を行う場合があります、稀に後遺症を残すことがあります。
病状・体質によっては、0.001%以下の割合で死亡例が報告されています。
- 3) 造影剤の注射中に、血管の外に造影剤がもれることがあります。少量もれた場合は特別な処置は必要ありません。造影剤が多量にもれた場合は、皮膚を切開するなどの処置が必要になることがあります。注射部位やその周辺の痛み・しびれが残る場合もありますが、非常にまれです。

万一このような副作用が起きた場合は、迅速に処置を行なえるように万全の体制を整えております。重篤な症状の場合入院ができる施設へ紹介となります。
(医療費は患者さんの御負担となりますので御了承ください。)

【ヨード造影剤の禁忌】

- ヨード過敏、ヨード造影剤副作用の既往、喘息(現在症状がある・症状を予防する)治療中の方は、重い副作用が発生する確率が高く、造影剤を使用できません。
 - 褐色細胞腫、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、重篤な甲状腺疾患、腎機能低下、重篤な心疾患などの疾患、妊娠中の方は、造影検査ができない場合があります。
 - ビグアナイド系の糖尿病薬を服用している方は、副作用が出やすくなります。
(メグルコ・グリコラン・インシク・ネルビス・メホルミン塩酸塩・メタクト・エクメット・メアナ・ジベトス・シベトスS・メタクト・ブホルミン塩酸塩)
- ★検査前2日間と検査当日、検査後2日間の休薬をして下さい。

★検査4時間前から禁食です。当日 時 分から禁食になります。
(なお飲水は検査1時間前まで水・お茶【砂糖やミルクなど入れないで】のみ可)

検査時の注意

造影剤の注射中に体全体が熱く感じるがありますが、数分で治まり心配ありません。注射中に針の周囲が痛い場合や、「気分が悪い」「息苦しい」場合は、ただちにお知らせください。

検査後の注意

ヨード造影剤を注射したあとは、水、お茶などの水分を普段より500ml程度多く飲んでください。特に次のような場合は、注意してください。

- 1) 医師により水分制限をされている方は、医師の指示どおりにしてください。
- 2) まれに検査から数日たって、じんましん、むくみ、血圧低下などの副作用が現れることがあります。当院または夜間診療可能な病院等で診療を受けてください。

授乳中の方

ヨード造影剤は母乳中に移行しますので、造影剤注射後48時間は授乳しないでください。

医療法人社団 新虎の門会
新浦安虎の門クリニック 放射線室
代表:047-381-2090

造影CT検査問診票

必要事項にご記入の上、検査当日、受付にご提出ください。

1. 今までに、造影剤(注射や点滴)を用いた検査をお受けになられたことがありますか？

なし ⇒ 2の質問にお進みください

あり ⇒ CT検査・MRI検査・その他()
(年 月頃)

ありと答えられた方へ その時、副作用がありましたか？

なし あり ⇒ はきけ・嘔吐・かゆみ・発疹・くしゃみ・鼻づまり

その他、具体的にお書きください()

2. 喘息(ぜんそく)または甲状腺疾患の既往はありますか？(小児喘息は除きます)

なし あり ⇒ 医師に造影剤使用について確認が必要です。

3. 腎臓の機能が悪いといわれたことがありますか？

なし あり ⇒ 具体的にお書きください()

4. 薬、注射、食べ物にアレルギーはありますか？

なし あり ⇒ 具体的にお書きください()

5. 現在、糖尿病のお薬を服用していますか？

なし あり ⇒ ビグアナイド系の薬剤

メトグルコ・グリコラン・インシク・ネルビス・メトホルミン塩酸塩・メタクト
エクメット・メアナ・ジベトス・シベトスS・メタクト・ブホルミン塩酸塩

★内服中の方は検査前2日間と検査当日、検査後2日間の休薬が必要です。

—意思確認書—(説明を受けた方が記入 原本は当院で保管させていただきます)

新浦安虎の門クリニック院長殿

私は説明を受け内容について理解しました。

私は説明された診療行為について、以下のように決定しました。(レ点で記入)

私は造影剤を使用してのCT検査を

受けます 受けません 今は判断できません(判断保留)

年 月 日

本人署名(自署) _____

代理人署名(続柄: _____)

未成年の場合には親権者、本人が署名できない場合には意思決定を代行できる代理人の署名が必要です。

緊急時連絡先(本人以外)自宅電話・携帯電話 _____

氏名(続柄: _____)

医療法人社団 新虎の門会

新浦安虎の門クリニック 放射線室

代表:047-381-2090

《2年保管》