

CT・MRI造影検査に関する説明

～安全に造影検査を受けていただくために～

CTやMRIでより詳しい診断をするために、造影剤を用いた検査が必要になることがあります。本院では、患者さんに安心してCTやMRIの造影検査を受けていただくために、依頼医が十分な説明を行い、患者さんの自由意思による同意を得たうえで検査を行いたいと考えております。

担当医の説明を聞き、疑問点は質問し、納得されましたら同意書に署名して下さい。

なお、同意を拒否されたり、実施直前に同意を撤回されても、診療上不利益をうけることはありません。

1. 造影剤を使う意義

造影剤を静脈内に注入することで鮮明な画像が得られ、全身の腫瘍性病変及び血管性病変の描出が向上し、精度の高い診断が得られます。一部の疾患では造影剤を使わないと正しい診断はできません。

2. 造影剤の副作用について

造影剤は多くの場合、人体に無害ですが、ごくまれに副作用が現れることがあります。その大まかな頻度は次の通りです。

(1) CT造影剤の副作用出現の頻度

軽症：100人に1人（治療不要なかゆみや腹部の不快感、嘔吐、熱感、息切れなど）

重症：6000人中1人（治療の必要な不整脈、ショック、痙攣、腎不全、意識消失など）

死亡：非常にまれ（10万人に1人程度）

(2) MRI造影剤の副作用出現の頻度

軽症：100人に1人以下（不定愁訴、頭痛、嘔吐、超紅、喉頭浮腫、血管浮腫など）

重症：10万人に1人以下（呼吸困難、肺水腫、アナフィラキシーショック、視覚障害、痙攣、など）

死亡：極めてまれ（200万人に1人程度）

3. 既往がある患者さんについて

以下の既往がある患者さんは、副作用を生じる可能性が高くなりますので依頼医とよく相談して下さい。

(1) 本人もしくは血縁者に喘息やアレルギー体質の人がいる

(2) 以前、造影剤で気分が悪くなったことがある

(3) 思い腎臓の病気がある

(4) 甲状腺機能亢進症がある

(5) ヨード過敏症がある

4. 造影 CT 検査について

造影剤が注入されたときには1～2分間ほど体が熱く感じる場合があります。この注入時の熱感造影剤が血管を刺激することで生じる正常な反応であり、一時的なもので副作用ではありませんので心配いりません。

また、造影剤は機械を使用し高速に注入するため、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には漏れた部位が腫れて痛みを伴うこともありますが、通常は時間とともに吸収されて症状もなくなりますので心配いりません。まれに、漏れた量が非常に多く処置が必要になる場合があります。

血管外漏出頻度:0.9% (100 人に 1 人以下)

5. 検査終了後について

- ・ 帰宅後は食事や入浴など、普段通りで構いません。
- ・ 検査で使用した造影剤をできるだけ早く体の外に出すために水分を多めに取ってください(アルコールは控える)。
- ・ 帰宅後にかゆみや発疹、吐き気などが生じた場合はすぐに病院までご連絡、またはご来院下さい。救急センターは 24 時間対応しています。

緊急連絡先 熊本機能病院 096-345-8111(代表)
--

6. 万が一、副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行いますので、ご安心して検査をお受け下さい。

CT・MRI 造影検査問診票

安全に造影検査を行うため、以下の質問にお答えください。

- 1、 今までに、造影剤を使用した検査を受けられたことがありますか。 なし あり
その時、何か異常はありましたか。 なし あり
どのような異常でしたか。（発疹 くしゃみ かゆみ 吐き気 嘔吐 その他）
- 2、 アレルギー体質と言われたことがありますか。 なし あり
（アレルギー： _____）
- 3、 気管支喘息と言われたことがありますか。 なし あり
いつ頃言われましたか。（ _____ 頃）
- 4、 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか。（Cre: _____ mg/dl） なし あり
（eGFR: _____）
- 5、 ヨード過敏症・甲状腺機能亢進症と言われたことがありますか。 なし あり
- 6、 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか。 なし あり
（薬剤名： _____）
- 7、 女性の方へ、現在妊娠している可能性がありますか。 なし あり
- 8、 造影剤使用量の参考とするため、あなたの身長、体重をご記入ください。
身長（ _____ ）cm ・ 体重（ _____ ）kg

CT・MRI 造影検査同意書

今回の造影検査について、必要性、副作用の頻度等について十分な説明を受け、了承しましたので造影剤の使用に同意します。なお、造影剤使用の最終決定は検査担当医に委ねます。

検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意書記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____

保護者または代理人 _____

依頼医師 _____