

CT、MRI 用造影剤を使用する検査に関する説明書・問診票

患者氏名： _____ 様

あなたが受ける検査では CT でヨード造影剤、MRI でガドリニウム系造影剤という薬剤を使用します。あなたの病気を診断するために、この造影剤を使用した方が詳しく病気の情報を得ることができ診断の精度が高くなりますが、他の薬剤と同様に稀に副作用を起こすことがあります。

- 即時性副作用：投与後すぐに起こる(30分以内)
 - 軽度：発疹、吐き気、嘔吐、じんましん、かゆみ等→100人に1人の確率
 - 重篤：呼吸困難、血圧低下、ショック、意識低下、心停止等→10万人に1人の確率
- 遅発性副作用：ごく稀に検査終了10日ぐらいの間に起こる
 - 軽度：発疹、かゆみ、むくみ、吐き気、咳、動悸、脱力、頭痛、めまい、全身倦怠感等
 - 重篤：ショック、ガドリニウム系造影剤で腎性全身性繊維症(NSF)
- 副作用の起こる確率が高い人：以前に造影剤で副作用が出たことがある
気管支喘息、アレルギー体質の人
- 腎臓の悪い人：さらに腎機能が悪くなる(造影剤による排泄遅延が起こったりするため)
- 造影剤の血管外漏出：注射部位から造影剤が漏れ出し腫れや痛みを伴う

もし即時性副作用が起こった場合は早急に適切な対処をいたします。帰宅後に遅発性副作用の症状が出た場合、五戸総合病院【0178-61-1200】までお問い合わせ下さい。
体への負担を減らすために水分(水、お茶)を検査前後に摂取するようお願いいたします。

造影剤使用の問診票

記入日：令和 年 月 日

造影剤を使ったことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
そのとき副作用がありましたか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	検査不可
気管支喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	原則禁忌
その他アレルギーはありますか (薬剤・金属・食物・家族のアレルギーなど)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	内容 ()
休薬すべき糖尿病薬治療薬(ビグアナイド薬)がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	※休薬期間()
心臓病や甲状腺疾患、肝機能障害などがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	重篤な場合検査不可
褐色細胞腫・骨髄腫・マロガロリン血症・チア-の疑いがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	原則禁忌
腎機能低下などがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	eGFR ()
※透析、腎不全の既往、eGFRが45以下の場合	検査不可		

ご了承いただきましたら、**医療機器共同利用検査申込書兼依頼書にご署名**をお願いいたします。署名された後でも、いつでも撤回できます。撤回による不利益を受けることはありません。

国民健康保険 五戸総合病院 中央放射線科

TEL：0178-61-1270