

ヨード造影剤使用検査の説明・同意書

1) 検査内容・・・□造影 CT □静脈性腎盂尿管造影 (IVP)

2) 検査の目的

静脈から造影剤を注入しながら検査を行うことにより、詳細な情報が得られ診断の確定に役立ちます。造影剤はヨード系で安全な薬ですが、場合によっては副作用が起きることがあります。副作用を極力少なくするため、事前に「造影剤検査問診票」を必ず記入して下さい。また、検査について心配な方は医師、看護師までお尋ね下さい。

3) 造影剤の副作用

①稀ですが (100 人に 1 人)、蕁麻疹、くしゃみ、咳、流涙、嘔気、頭痛、心悸亢進などの症状が現れる事があります。

②さらに稀ですが (1 万人に 1 人)、急激な血圧低下、呼吸困難などの生命に危険が及ぶような症状が現れる事があります。

③検査終了後、数時間から数日間後に起きる副作用 (蕁麻疹やむくみ等) もあります。このような場合は当院にご連絡下さい。

以上のことが起きた際には、近隣施設での入院が必要となる可能性があります。

3) 検査の手順

①検査前 2 時間は絶食です。胆のう、すい臓を検査される方は 5 時間前からの絶食となります。お茶や水はどの検査の場合でも直前まで可です。メルビンという糖尿病のお薬を飲んでおられる方は検査 2 日前、当日、翌日の 4 日間中止することがあります。主治医にご確認下さい。

②検査当日、体調をお聞きしますが、風邪気味などの状態がいつもよりすぐれない場合はあらかじめ医師、看護師にご相談下さい。

③造影剤を入れるために点滴をします。点滴ルートの側管から造影剤を注入します。身体が温かく感じられますがすぐに消失します。検査中に身体のかゆみが出たり気分不良となった場合、すぐに申し出て下さい。

④点滴部位の痛みや腫れが生じた場合も、薬が漏れている事がありますのですぐに申し出て下さい。

(他施設から紹介の方はしばらくお待ち頂ければ画像結果をお渡します。)

以上、検査について医師より説明を受け了承しましたので、本検査に同意し、実施を依頼します。

説明日 平成 ____年 ____月 ____日

患者 ご氏名 _____ (ID _____)

代理人 ご氏名 _____ (続柄: _____)

説明医師 ご氏名 _____ 印 _____

アレルギー問診表

患者 _____ (ID _____)

検査や治療の際には抗生物質・造影剤などを使用する場合があります。薬剤投与に伴う副作用(ショック、アナフィラキシー症状)の出現は少ないですが、報告されています。安全に薬剤投与が出来るよう、副作用のおこしやすい体質かどうかの確認のため下記の問いにお答え下さい。

1. これまでに造影剤(注射)を用いた検査を受けたことはありますか？
なし あり
2. 造影剤を使用したことがある方にお聞きします。造影剤を使用した時(帰宅後も含め)何か症状(副作用)はありましたか？
なし あり(_____)
3. アレルギー性の病気はありますか？
なし
あり(気管支喘息 じんましん アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎)
4. 注射や薬で副作用が出たことはありますか？
なし
あり(薬剤名: _____)
5. 糖尿病で下記の血糖降下剤を飲んでいますか？
(メトグルコ・メルビン・グルコラン・メデット・ネルビス・メトホリン・メトリオン)
なし あり
6. 食べ物でじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか？
なし
あり(食物名: _____)

記載日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診者 氏名 _____