

造影剤検査を受けられる方へ

造影剤について

造影剤とは、画像診断において画像コントラストをつける検査薬で、病気の有無・性質・範囲などをより正確に判断するために用います。通常、静脈内に注射して投与します。投与された造影剤は、腎機能が正常であれば速やかに腎臓から尿として排出されます。

造影剤の副作用について

軽微な副作用も含めて、CT・血管撮影・尿路撮影用造影剤では5%以下、MRI用造影剤では2%以下の患者様に何らかの副作用が生じるといわれています。軽い副作用としては、くしゃみ・かゆみ・発疹・吐き気・動悸などがあり、治療が不要かせいぜい1～2回の投薬・注射で改善するものです。重い作用は血圧低下・呼吸困難・意識障害などがあり、場合により0.04%、MRI用造影剤で0.01%程度といわれています。また非常に頻度は低いですが10万人から20万人に一人程度の割合で死亡例も報告されています。

遅発性副作用について

ごくまれに数時間から数日後(多くは2日以内)に副作用が現れることがあります(発疹、かゆみ、むくみ、吐き気、のどのイガイガ、咳、冷や汗、動悸、脱力感、めまい等)。また注射部位の痛みが数日間持続する場合もあります。

血管外漏出について

検査内容によって勢いよく造影剤を注入する為、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。通常は時間がたてば吸収されますので心配ありませんが、漏れた量が非常に多い場合には治療処置が必要となる場合があります。

検査前のご注意

1. 食事制限

午前の検査の方は朝食を、午後の検査の方は昼食を取らないようにしてください。

お薬(一部の糖尿病薬以外⇒下記2.を参照)はいつも通り内服しても構いません。

水分摂取の制限はありませんが画像に影響を与える可能性があるため、検査前は水を摂取しジュースやお茶などは避けてください。

2. 一部の糖尿病薬の制限(ヨード系造影剤を使用する検査前後2日間の休薬)

以下の糖尿病薬を内服の方は 月 日()～ 月 日()まで内服を中断してください。

(メルビン・メトホルミン・グリコラン・ネルビス・メデット・メトリオン・ブホルミン・ジベトン・ジベトス)

※他院で糖尿病薬を処方されている患者様は、ご自身で担当医師へのご連絡をお願いします。

3. 授乳について

授乳中で検査を受けられる場合検査前に2日分の搾乳を行ってください。検査後2日以内に搾乳した母乳は捨ててください。(造影剤が母乳に移行する恐れがあります)

検査後のご注意

1. 造影剤を早く体外へ出すために検査前と同様に積極的に水分を取って下さい。(コップ2杯程度)

2. 検査終了1時間～1週間までの間に発疹や痒みなどの皮膚症状が遅れてあらわれる場合があります。そのような症状が出た場合は当院までご連絡ください。

検査前後についてご質問等ありましたら、担当医師もしくは放射線科にご連絡ください。

電話 03-5343-5611(代表) 放射線科内線11510

問診票及び同意書《医療連携専用》

患者番号： 氏名： 殿

生年月日： 年 月 日 性別： 男 / 女 依頼日： 年 月 日

患者様には造影剤の必要性和危険性をよく理解した上で、安全に検査を行う為に問診表にお答え頂いております。
問診内容を当日医師が判断し造影剤を使用しない場合もありますので、あらかじめご了承下さい。

I 問診票 該当するものに○をつけて下さい。

1. 今までに造影剤の注射をしたことがありますか。
いいえ・はい [CT・MRI・血管撮影・尿路撮影] ・ わからない
2. 1で「はい」の方におたずねします。その時(帰宅後も含め)副作用はありましたか。
いいえ・はい [吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・胸痛・血圧低下・その他(内容:)]
3. 薬・食べ物のアレルギー歴はありますか。
いいえ・はい [内容:]
4. アレルギー体質・アレルギー性疾患はありますか。
いいえ・はい [アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・じんましん・その他()]
5. 気管支喘息と診断されたことがありますか。
いいえ・はい [現在治療していない・治療中【ステロイド剤・その他薬剤()】]
6. 5で「はい」で『治療していない』方におたずねします。5年以内に喘息の発作がありましたか。
いいえ・はい
7. じん臓の病気や機能が悪いといわれたことがありますか。
いいえ・はい [血清クレアチニン値: mg/dL: 3ヶ月以内の測定値]
8. 心臓の病気を診断されたことがありますか。
いいえ・はい
9. 妊娠の可能性はありますか。
いいえ・はい

CT・尿路・血管造影検査は10～13項目も記入してください

10. 糖尿病と診断されたことはありますか。また、治療薬をお飲みですか。
いいえ・はい → ビグアナイド系治療薬の服用している場合、検査前後2日間は休薬が必要
11. 甲状腺の病気と診断されたことがありますか。
いいえ・はい [甲状腺機能亢進症・その他()]
12. 11で「はい」の方におたずねします。現在治療中ですか。
いいえ・はい
13. 下記の病気と診断されたことがありますか。
いいえ・はい [褐色細胞腫・多発性骨髄腫・マクログロブリン血症・テタニー]

II 造影検査における造影剤投与に関する同意書

該当する検査に○をつけて、検査日を記入してください。

1. CT 2. MRI 3. 尿路検査 4. () 検査日: 年 月 日

私は患者様に造影検査について説明しました。 紹介医師名 _____ (印)

私は、今回の検査における造影剤使用に関して上記検査の方法、目的、ならびにそれに伴う危険性、副作用などについて説明を受け、その必要性につき理解いたしました。

つきましては、造影剤を使用した検査をうけることに同意いたします。

年 月 日 患者氏名 _____

同席者もしくは代理人署名 _____

(注)代理人署名は患者様本人が未成年者または署名できない場合にご記入ください。