

**<説明文書> 造影CT・腎尿路系造影・胆嚢胆管造影・血管造影(ヨード系造影剤)、  
造影MRI(ガドリニウム造影剤・鉄系造影剤)を受けられる患者様へ**

今回、あなたの病気の状態を詳しく調べるために造影剤を用いた検査を行いますので、ご説明致します。

**1. 検査における造影剤(注射)の必要性**

造影剤の使用により、1) 病気の有無 2) 病気の種類 3) 病気の進行度などを正確に診断出来る可能性が高まります。

**2. 造影剤の副作用の種類、頻度と治療方法**

造影剤は一般的に広く用いられている検査薬ですが、アレルギーによる副作用や腎不全などが起きることが報告されています。アレルギーによる副作用は注射直後から1時間以内に発生する即時型副作用と、1時間以降7日程度までに起こる遅発性副作用があります。検査時に症状が無くとも、検査後数日間は副作用が出る可能性があります。

\* MRI検査用のガドリニウム造影剤では遅発型副作用の報告はありません

**1) ヨード系造影剤の即時型副作用**

- ・ 皮膚のかゆみ、蕁麻疹、手足のむくみ、吐き気、めまい、気分不良等の軽度の副作用 : 20-30人に1人の割合
- ・ 血圧低下、呼吸困難、腎不全などの重大な副作用 : 1万人に4人の割合
- ・ 死亡などの重篤な副作用 : 数十万人に1人の割合

**2) ヨード系造影剤の遅発型副作用**   ほとんどが発疹などの軽症のもの

: 約30人に1人の割合

**3) ガドリニウム造影剤や鉄系造影剤**

: ヨード系造影剤の十分の一くらいの割合

**4) 副作用に対する治療方法**

- ・ 即時型副作用が発生した場合は、担当医・主治医、放射線技師、看護師などが速やかに対応します
- ・ 遅発型副作用が発生した場合は、主治医・当直医(連絡先0940-37-1188)に連絡して下さい
- ・ 造影剤の副作用ではありませんが、注入時に造影剤が血管外へ漏れることがあります。多量の造影剤が漏出した場合に 血行障害を来す恐れがある場合には、切開などの手術が必要になることがあります

**3. 造影剤の使用の有無に関する判断**

造影剤の使用の有無に関するあなたの選択には自由があります。今回の造影検査に変わる検査の有無、造影検査を行わない場合に生じる不利益について、主治医とよくご相談の上、選択して下さい。

なお、同意書署名の後でも撤回することが可能です。

**検査前の確認をします**

- 造影剤のアレルギーはありますか?    はい            いいえ
- お薬のアレルギーはありますか?    はい            いいえ
- 喘息はありますか?                    はい            いいえ
- 乳癌の手術歴はありますか?        はい            いいえ
- 甲状腺機能亢進症はありますか?    はい            いいえ
- 糖尿病で内服薬がありますか?    はい            いいえ

**CT検査における医療被ばく(医療に伴った放射線被ばく)に関して**

- ・ 検査で得られる情報が、医療被ばくのリスクを上回ると考えられる時に検査を行います
- ・ 医療被ばくは必要最小限で行っています  
小児においては体格にあった撮影条件を用い、より一層の被ばく低減に努めています
- ・ 被ばく線量は、検査部位・検査方法により増減します。通常の検査ではほとんど影響はありません
- ・ 被ばくに関するご質問等がございましたら、担当医師へお尋ねください

**<同意文書> 宗像医師会病院 院長殿**

私は、造影検査を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書(前項)に記載された事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私はこの医療を受けるかの検討にあたり、その判断のための時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この医療を受けることに同意します。

(説明) 説明年月日:           年           月           日           説明医師: \_\_\_\_\_ 印

(同意) 同意年月日:           年           月           日           同意者(本人): \_\_\_\_\_ 印

いずれかに○をつけて下さい → **造影検査に同意する ・ 非造影検査を希望する ・ 検査を希望しない**

\* 患者さんの状態により同意が困難な場合は、代理人の方が説明文書(前項)に記載された事項について全て説明を受けた上で、自筆署名もしくは記名押印して下さい。

代理人: \_\_\_\_\_ 印

\* 自筆署名、もしくは記名押印をお願いします

患者様とご関係: \_\_\_\_\_