

検査予約日 年 月 日 ヨード造影剤【検査名：

説明書・同意書・問診票

氏 名 様 島根県済生会江津総合病院
生年月日 年 月 日 歳 〒695-8505 島根県江津市江津町1016-37
電話 (0855) 54-0101

【説明書、同意書】

CTや尿路造影などの諸検査でヨード造影剤を使用することにより病気の診断に非常に有用な効果を発揮する場合があります。ただし同造影剤においては以下のような副作用が報告されています。

①麻疹・かゆみ・発疹・浮腫など (0. 2～0. 8%)	②呼吸困難・咳・くしゃみなど (0. 1%以下)
③嘔気・嘔吐など (0. 2～0. 7%)	④注射箇所の痺痛 (1. 7%)

- ただしアレルギー体質の患者様においてはこれらの副作用の頻度が高くなります。
- 極まれに重症のアナフィラキシーショック（血圧低下・呼吸停止・心停止など）が生ずるとした報告があります。（0. 04～0. 1%程度 1万人に4～10人）
- 検査中になんらかの異常を自覚されましたら、医師・看護師・技師に教えてください。迅速な処置が行なえるように準備しておりますのでご安心ください。
- 同日夕方または後日など遅発性の副作用が出現する場合があります。詳しくは検査後、別紙をお渡しいたしますのでご一読ください。

造影検査問診票にお答え下さい。わからない点は担当者がご説明いたします。
※問診の結果によっては造影検査ができない場合がございます。

年 月 日 医師署名

私は上記のものから説明を受け、その必要性と偶発症について納得しましたので造影検査に同意いたします。

年 月 日 ご本人または代理人署名

【造影検査問診票】 202511v1

既往の造影検査	☐ 無 ☐ 有→	☐ CT ☐ IVP ☐ 血管造影 ☐ その他（ （ ）年（ ）月
造影剤の副作用	☐ 無 ☐ 有→	使用薬剤（ 症状 ☐ そう痺 ☐ 膨疹 ☐ その他の発疹 ☐ 嘔吐・悪心 ☐ ショック ☐ けいれん ☐ その他（ （ ）年（ ）月 ☐ 当院 ☐ 他院
アレルギー歴	☐ 無 ☐ 有→	☐ 気管支喘息 ☐ アトピー ☐ 花粉症 ☐ 薬剤アレルギー→薬物（ ）（ ☐ 食物アレルギー→食物（ ）（ ☐ 膨疹 ☐ その他の発疹 ☐ その他（
腎機能低下の有無	☐ 無 ☐ 有→	クレアチニン値（ ） クレアチニン値2.0以上は原則禁忌 eGFR値（ ） eGFR値30以下は造影禁忌 測定年月日 年 月 日
糖尿病の有無	☐ 無 ☐ 有→	糖尿病治療薬（ビグアナイド系）とヨード造影剤の併用について 乳酸アシドーシスを起こす危険性がありますので、検査2日前～検査後2日間の服用 を中止してください ☐ ビグアナイド系ではない ☐ 前後2日間服用中止（薬名：
その他の既往歴	☐ 無 ☐ 有→	☐ 心疾患→（ ☐ 肝疾患→（ ☐ 重症甲状腺疾患→（ ☐ 出血傾向→（ ☐ 緑内障 ☐ その他→（
妊娠	☐ 無 ☐ 有	
授乳	☐ 無 ☐ 有	
記事		