

## 造影 CT 検査を依頼いただく先生方へのお願いと注意事項

別紙「造影 CT 検査の問診票・同意書」に必要事項をご記入頂き、事前に当院地域医療連携課 FAX をお願いします（原本は患者さんに当日当院まで持参させて下さい）

### ① 造影 CT 検査時の腎機能や禁忌事項に関して

- ✓ 造影 CT 検査は、**eGFR が 30 ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満**の方で透析を導入されていない方は**禁忌**です。  
**eGFR が 30~59**の方では、造影 CT 検査の適応について慎重な判断が必要となり、**eGFR が 30~44**の方では、検査前後に補液が必要です。透析を導入済の場合は、**eGFR が 30 未満**でも造影 CT 検査が施行可能です。
- ✓ 他の禁忌事項は、ヨードアレルギー、造影剤アレルギーの既往、重篤な甲状腺疾患、一般状態が極端に悪い方、気管支喘息、重篤な心障害、重篤な肝障害、マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫です。食物や他の薬剤に対する重篤なアレルギー体質の方でも、慎重な適応判断が必要です。

### ② 造影剤との併用薬に関する注意事項

- ✓ **ピグアナイド系糖尿病薬**を服用している場合、副作用リスク軽減のため原則的に休薬が必要です。  
（商品名：メテット、ネルピス、グリコラン、メトグルコ、シベトン S、シベトス、メトホルミン、メタクト、エクメット、イニシンク等）**検査の 2 日前から 検査の 2 日後までの計 5 日間は、ピグアナイド系糖尿病薬の服用を休薬してください。**

**検査前 4 時間は絶食**です。水分摂取制限のある場合を除き、造影剤による副作用のリスク低減のため、検査前後で十分な水分摂取をご指導ください。造影剤の適応や使用に関してご不明な点がございましたら、放射線科までお問い合わせください。

## 造影 CT 検査を受けられる患者様への説明文書

- 今回の検査はヨード造影剤を血管に注射して行います。
- 造影剤は血管の構造や病気の有無や病気の性質をわかりやすくするために投与します。
- 造影剤の使用により、まれに次のような副作用が起こることがあります。
  - ✓ 軽いものは、かゆみ、発赤、発疹、おしん悪心、おうと嘔吐、くしゃみ（100 人あたり 5 人以下）ですが、重いものとしては血圧低下、呼吸困難、痙攣（1000 人あたり 1 人以下）を生じます。きわめてまれですが、死亡例も報告されています（10-20 万人に 1 人程度）。
  - ✓ 気管支喘息などアレルギーのある方は重い副作用が生じる可能性が 2~10 倍程度高まるとされています。
  - ✓ 腎機能の低下が認められる方や重いこうじょうせんきのうこうしんしやう甲状腺機能亢進症、かつしやくさいぼうしゅ褐色細胞腫の方は症状が悪化することがあります。
  - ✓ 脱水状態は腎機能に悪影響を与えますので、検査前後にしっかりと水分を摂取するようにしてください。
- 造影剤は静脈から機械を用いて高速で注射を行いますが、静脈の状態には個人差があり、血管外に漏れやすい方がおられます。漏れた造影剤は時間と共に吸収されますが、漏れた量によっては、治療が必要になる場合があります。
- 検査中はスタッフが患者さんの様子を観察し、万一の副作用に対してすばやく対応ができるようにしておりますので、「何か変だ」と感じたらためらわずにお申し出下さい。軽い副作用の場合の多くは時間と共に改善を認めますが、重い副作用を生じた場合には、（入院）治療の必要性が生じることもあり得ます。
- その他わからないことや気になることがあればスタッフにお尋ねください。

### 造影 CT 検査の問診票・同意書

検査日 年 月 日 時 分 来院予定

● 今までに造影剤を用いた検査を行ったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明
● 今までに造影剤を用いた検査を行ったことがある場合、気分が悪くなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明
● (気管支)喘息 <small>ぜんそく</small> と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明
● ペースメーカー・ICD(埋込型除細動器)を装着されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明
● 甲状腺 <small>こうじょうせん</small> に異常があると言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明
● 腎機能の悪いと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明
● 糖尿病のお薬を飲んでいますか？ お薬の名前：	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明
● 妊娠の可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明
● その他のアレルギーがありますか？ ( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明

造影 CT に関して別紙通り説明を受け、検査について十分理解しましたので、検査を受けることに同意します

同意日 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_  
代理人氏名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

医療スタッフ記入欄 (記入必須)	
<input type="checkbox"/> 問診内容を確認し、問題がある場合には依頼医師に確認や薬剤の休薬指示を行った <input type="checkbox"/> eGFR ( ) mL/分/1.73m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 上記の検査結果は過去4ヶ月以内である <input type="checkbox"/> 腎機能が eGFR 30mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 (透析未導入) → 検査不可 <input type="checkbox"/> 腎機能不良 eGFR 30~44ml/分/1.73m <sup>2</sup> である → 検査前後での補液が必要 <input type="checkbox"/> 体重 ( Kg) <input type="checkbox"/> 確認スタッフ氏名：	
依頼元医療機関名	
依頼医師氏名	