**ヨード造影剤使用(注射)の説明書**

検査日　　西暦　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日

（2024.11改訂）

**1.ヨード造影剤(以下”造影剤”と省略)について**

　この検査薬はX線に写るため、造影X線検査において、注射などで使用する検査薬として、現在広く使用されています。 CT検査は造影剤なしでも検査できますが、造影剤を注射して検査するとさらに詳しく患者さんの体の状態を知ることができ、診断に役立ちます。

**2.副作用の種類や発生頻度、危険性について**

　造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に過敏症による副作用が出現することがあります。

副作用には以下の、急性の副作用と遅発性の副作用があります。

1. 急性副作用：検査中や検査直後の早い時期におこる副作用

　[軽症]吐き気、嘔吐、じんましん、発疹など(100～200人に1人)。副作用の多くは一時期のものでそれほ

ど心配はいりません。

　[重症]血圧低下、呼吸困難、意識消失など(1万人～2万人に1人)。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬など

の治療が必要です。極めてまれですが、死亡に至った例もあります(1O万～20万人に1人)。

1. 遅発性副作用：まれに検査後数時間～1週間くらいの間に発疹などの症状が出ることがありますが多く

は軽症の副作用です。

　 残念ながら、こうした副作用が発生するかしないか、また、いつ発生するかを事前に知ることはできません。前回の検査で異常がなくても、今回、副作用が出ることもあります。

**3．合併症について**

造影剤を注入する際に血管に圧力がかかるため、造影剤が血管外に漏れ腫れや痛みが生じる場合があります。ほとんどは時間がたてば吸収されますが、ごくまれに処置が必要になる場合があります。

**4.造影検査の必要性について**

　造影剤には上記のような副作用がありますが、主治医は患者さんの病気を診断し治療する上で、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。

**5.造影剤使用に同意される場合は同意書に署名し2枚とも検査当日にお持ち下さい。**

　患者さんが未成年の場合や意識障害のある場合などは、ご家族や代理の方のご署名でも結構です。

もし造影剤の注射に同意されない場合、CT検査では、検査により得られる情報は減りますが、造影剤を使用せずに検査を行いますので、当日検査担当医にお伝え下さい。 CT検査以外では、造影剤の注射に同意されない場合、その検査は中止になりますが他の検査で代用することもありますので、主治医とご相談下さい。

　またアレルギー体質がある場合や持病によっては副作用が出やすいこともありますので、当日の検査担当医の判断で注射をしないことがあります。このことについては検査前に確認させて頂きます。

**6.同意書の有効期限について**

①入院：入院期間中の検査に関しては1回のご署名で結構です。入院中の2回目以降の検査では検査時

　　　　に口頭で確認させて頂きます。

②外来：お手数ですが、毎回ご署名をお願いします。但し同日の検査に関しては一枚で結構です。

ヨード造影剤使用(注射)の説明署名欄

説明日　　　西暦　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　　日

説明医師

同席者署名　　　　　　　　　　（立ち合い医師・看護師がいる場合に署名）

　私は造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受けて理解しました。

患者署名

承諾者署名　　　　　　　　　　　　　　　（続柄:　　　）※患者自署の場合は省略可

同　意　書

[患者さん控]

【説明項目】

　検査の名称

ヨード造影剤使用(注射) 検査

　副作用の種類や発生頻度、危険性について

　合併症について

　造影検査の必要性について

　その他（　　　　　　　　　　　）

上記について、説明書をお渡し、説明をいたしました

足柄上病院院長殿

私は、神奈川県立足柄上病院で検査に関する事項について、十分な説明を受け理解しました。上記の検査を受けることについて

　同意します

西暦　20　　年　　月　　日

　　　　　　　患者署名：

　　　　　　　家族・同席者署名：　　　　　　　続柄

　　　　　　　代理人署名：　　　　　　　　　　続柄

＊患者本人の自署が可能な場合は、代理人署名は不要とする

同　意　書

[病院用]

【説明項目】

　検査の名称

ヨード造影剤使用(注射) 検査

　副作用の種類や発生頻度、危険性について

　合併症について

　造影検査の必要性について

　その他（　　　　　　　　　　　）

上記について、説明書をお渡し、説明をいたしました

足柄上病院院長殿

私は、神奈川県立足柄上病院で検査に関する事項について、十分な説明を受け理解しました。上記の検査を受けることについて

　同意します

西暦　20　　年　　月　　日

　　　　　　　患者署名：

　　　　　　　家族・同席者署名：　　　　　　　続柄

　　　　　　　代理人署名：　　　　　　　　　　続柄

＊患者本人の自署が可能な場合は、代理人署名は不要とする