

# 造影検査問診票

造影剤を使用する検査を安全に行うため、皆様のご協力をお願いいたします。

患者名

様

日本歯科大学医科病院

以下の質問に対する答えの該当の  にチェック  をお付けください。また、必要な場合はカッコ内に必要事項をご記入ください。

1) 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか。

ある  ない  わからない

↳ (造影剤検査を受けたことがある方へお聞きします)  
造影剤で副作用がありましたか。

あった  無かった  わからない

↳ (その症状は? : \_\_\_\_\_ )

2) 薬で異常がおきたことがありますか。

ある  ない  わからない

↳ (その症状は? : \_\_\_\_\_ )

3) あなたはアレルギー体質ですか。

はい  いいえ  わからない

↳ (その症状は? : \_\_\_\_\_ )

4) あなたは以下の疾患にかかったことがありますか。

喘息(ぜんそく)  ある  ない  わからない

甲状腺疾患  ある  ない  わからない

腎臓病  ある  ない  わからない

糖尿病  ある  ない  わからない

↳ (内服中の薬は? : \_\_\_\_\_ )

その他  ある  ない  わからない

↳ (疾患名は? : \_\_\_\_\_ )

5) 現在の体重

\_\_\_\_\_ kg (キログラム)

6) (女性の方へ) 現在妊娠中または授乳中ですか。

はい  いいえ

※腎機能評価確認終了  eGFR ( \_\_\_\_\_ )  S-Cre ( \_\_\_\_\_ )

※医師記入欄 造影検査 可 ・ 不可 医師の署名

## 造影検査承諾書

私は、CT、MRI検査等で使用する造影剤について説明を受け、その必要性および危険性について了解しましたので検査を受けることに同意いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人 または  代理人 (続柄 \_\_\_\_\_ )

(署名)

# 造影剤を使用する CT、MRI検査等を受けられる方へ

造影剤を使用するCT、MRI検査等では、病気を正確に診断するために、血管内に造影剤という検査薬を注射します。造影剤は比較的安全な薬ですが、体質により、まれに以下のような副作用を起こすことがあります。

## 造影剤を注入しているときに起きる副作用

- 1) からだが熱く感じる
- 2) 血管痛
- 3) 急速に注入することにより血管外、皮下に造影剤が漏れてしまうこと  
(症状により治療が必要になる場合があります。)

## 造影剤注入直後に起きる副作用

- 1) 軽い副作用：はきけ、どうき、かゆみ、発疹など  
このような副作用の起こる頻度は、約100人につき5人以下です。
- 2) 重い副作用：呼吸困難、血圧低下など  
このような副作用の起こる頻度は、約1万人につき数人程度です。  
(症状により治療が必要になる場合があります。)

きわめてまれに死亡例の報告がありますが、頻度は10～15万人に1人以下です。

## 造影剤注入後、数時間から1～2日後に起きる副作用

発疹、かゆみ、頭痛、はきけ、脱力感など

このような症状を感じた方や何かご不明の点のある方は、受診している診療各科へ電話にてご連絡ください。

当院では万一の副作用が起きても、救急処置が行えるよう最善の体制を整えておりますので、どうぞご安心下さい。

また、水分制限を指示されている方を除き、使用した造影剤の排泄をうながすため、検査終了後は水分を多めに飲んでください。

**※注 検査の結果によっては造影ができない場合があります。ご了承願います。**

日本歯科大学 **医科病院**

各診療科外来電話番号

内科外来 025-211-8250

外科外来 025-211-8251

耳鼻咽喉科外来 025-211-8252