

## ＜ 造影 CT 検査、造影 MRI 検査を御依頼いただく先生方へ ＞

2枚目の「造影剤使用に関する説明と同意書」の上部に必要事項を御記入ください。これを用いて、患者さんに造影剤に関して御説明いただき、患者さんに同意書への署名と問診票への記入をしていただいでください。

御記入後、「造影剤使用に関する説明と同意書」を地域医療連絡室にFAXしてください。

造影MRI検査では「MRIチェックリスト」にも御記入いただき、併せてFAXしてください。

「造影剤使用に関する説明と同意書」や「MRIチェックリスト」は、検査当日、患者さんに持参していただいでください。

### 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/min/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 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>の方では、造影CT検査の慎重な適応判断が必要です。
  - ・eGFRが30～44 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>の方では、検査前後に補液の処置が必要です。
- また、eGFRが30～44 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>の方で、ビグアナイド系糖尿病薬を使用されている場合は、検査前後48時間の休薬と検査後の腎機能チェックが必要です。
- ・透析を導入されている場合は、eGFRが30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>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、治療を要するCT造影剤アレルギーの既往、重篤な甲状腺疾患、一般状態の極度に悪い方、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 MRI 検査時の腎機能や禁忌事項に関して

- ・造影MRI検査は、透析の有無にかかわらず、eGFRが30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>未満の方では禁忌です。
  - ・eGFRが30～59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>の方では、造影MRI検査の慎重な適応判断が必要です。
  - ・eGFRが30～44 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>の方では、検査前後に補液の処置が必要です。ビグアナイド系糖尿病薬の休薬は不要です。
- ・他の禁忌事項は、治療を要するMRI造影剤アレルギーの既往、一般状態の極度に悪い方、気管支喘息、重篤な肝障害です。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。
  - ・肝特異性造影剤であるリゾビスト（SPI0）による肝の造影MRI検査は、腎機能に関係なく施行可能で、禁忌事項は、一般状態の極度に悪い方、ヘモクロマトーシス等の鉄過剰症、出血のある方です。
  - ・MRI検査に関する他の禁忌事項は、「MRIチェックリスト」に記載しております。

### ③ 造影 CT 検査や造影 MRI 検査では、ともに、検査前1食は絶食です。水分は、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。

## < 造影剤の使用に関する説明と同意書 >

患者氏名 \_\_\_\_\_ ・ 生年月日 T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ・ 体重 \_\_\_\_\_ kg  
eGFR \_\_\_\_\_ ml/min/1.73 m<sup>2</sup>または血清クレアチニン値 \_\_\_\_\_ mg/dl ・ 採血日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (4ヵ月以内)  
医療機関名 \_\_\_\_\_ ・ 依頼医御署名 \_\_\_\_\_

### ◎ 造影 CT 検査、または、造影 MRI 検査をお受けになる患者さんへ

あなたが受ける検査は、「造影剤」という薬を静脈に注射して撮影する検査です。

以下の内容を主治医の先生から説明を受け、造影剤の使用に同意される場合は、下記の同意書にご署名をお願いします。また、問診票にもご記入をお願いします。**必ず、検査当日にこの用紙を持参してください。**

なお、同意をいただいた場合でも、当院放射線科医の判断にて造影剤を使用しない場合があります。

**造影剤とは、臓器や血管、および、その周辺の構造を、造影剤を使用しない時と比べて、より明瞭に映し出す薬で、病気の有無や性質、範囲などを正確に評価するために使用します。**

造影剤は、基本的に安全な薬剤ですが、下記のような副作用を生じる可能性があります。

1. 軽い副作用 : かゆみ、蕁麻疹（発赤）、吐き気、くしゃみ、頭痛など。これらの副作用の起こる頻度は100人に1人ぐらいで、通常は特に治療を必要とせず、検査当日中にほぼ治まります。
2. 重度の副作用 : 呼吸困難、引きつけ、意識消失、血圧低下、不整脈、腎不全など。起こる頻度は1000人～3000人に1人ぐらいで、原則として治療が必要になります。
3. 極めて重度の副作用 : 極めて稀ですが、病状、体質によっては死亡にいたる場合があります、30万人に1人の頻度と報告されています。
4. 遅発性副作用 : 稀に、検査後、数時間～数日後に発疹、血圧低下などを生じる場合があります。通常は特に治療を必要とせずに収まりますが、主治医の先生か当院放射線科に御相談ください。

造影剤を注射する際に、造影剤が血管外に漏れて、注射の部位に腫れや痛みを生じることがあります。通常は、時間がたてば吸収されるので心配ありませんが、多く漏れた場合には処置が必要となることがあります。

造影 CT 検査、造影 MRI 検査、ともに、検査前1食は絶食です（午前の検査なら朝食を、午後の検査なら昼食を絶食）。水分は、制限されている場合を除いて、検査前後で十分に飲んで下さい（水、茶、スポーツドリンクなど）。

同意書（患者さん、または、患者さんが記入できない場合は、親族の代理の方が記入してください。）

私は主治医に上記の説明を受け、造影剤を使用する検査を受けることに同意します。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご署名 本人または代理人（続柄 \_\_\_\_\_）

問診票（該当箇所にレ印や○印を付けてください。）

#### ① アレルギー性の病気や体質がありますか？

なし・あり：{ ぜん息・ヨードアレルギー・じんま疹・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・かぶれ・花粉症・食物アレルギー・薬剤アレルギー（ \_\_\_\_\_ ）・その他（ \_\_\_\_\_ ）}

#### ② 今までに造影剤（静脈注射）を用いた検査をしたことがありますか？

なし・あり：{ CT ・ MRI ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）}

その時、副作用がありましたか？

なし・あり：{ くしゃみ・咳・吐き気・じんま疹・その他（ \_\_\_\_\_ ）}

#### ③ 現在治療中の病気や、過去に受けた手術があれば、ご記入ください。

なし・あり：{ 腎臓病・人工透析・心臓ペースメーカー・心臓病・高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・肝臓病・手術（ \_\_\_\_\_ ）・その他（ \_\_\_\_\_ ）}