心臓の造影 CT 検査を受けられる患者様へ

氏名：
生年月日　　年　　月　　日
性別：

心臓の造影ＣＴ検査では、病変及び血管を描出するためにヨード造影剤の投与が必要ですが、本剤を使用した患者様のうち約１％に副作用が起こる可能性があります。副作用の多くは、かゆみ・じん麻疹・くしゃみ・吐き気等の軽度のものですが稀に呼吸困難やショックなどの重篤な副作用が起こることかあります。非常に稀であるため正確な頻度は分かっていませんが、ヨード造影剤による死亡例も報告されています。造影剤を注射すると注入された臓器あるいは全身が温かくなる感じがしますが、これは正常な反応であり副作用ではありません。

また、心臓の様子を正確に描出するためにβ遮断薬（βブロツカー）とニトロ噴霧剤という薬剤を使用することかあります。β遮断薬は心臓の拍動を一時的に抑える薬剤です。ニトロ噴霧剤は心臓の血管を一時的に広げる薬剤です。副作用として稀に頭痛や舌の痺れ、血圧低下が起こる場合があります。

検査を安全に行うため、１～８の質問にお答えになり、同意書に御署名願います。

1. 今までにヨード造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？　□いいえ　□はい
2. １で「はい」とお答えになった方、検査中あるいは検査後に何らかの症状がでましたか？　□いいえ　□はい

かゆみ・皮膚の発赤・じん麻疹・くしゃみ・吐き気・気分不快･その他（＿＿＿＿＿＿＿＿）

3. **甲状腺疾患・気管支喘息** に罹ったことがありますか？　□いいえ　□はい
4. 下枠内の病気に罹ったことがありますか？　□いいえ　□はい

心臓疾患　腎臓疾患　**肝臓疾患**　**テタニー**　褐色細胞腫　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿）

5. 糖尿病の治療薬を服用されていますか？　□いいえ　□はい

薬剤名　（　　）

6. アレルギーがありますか？　□いいえ　□はい

じんましん　アトピー性皮膚炎　食物アレルギー　薬物アレルギー　その他（　　）

7. 心臓ペースメーカーもしくは除細動器を使用していますか？　□いいえ　□はい

［メーカー名（　　）　機種名（　　）］

8. 現在、妊娠中・妊娠の可能性がある、または授乳をしていますか？　□いいえ　□はい
9. **現在の身長・体重をお書き下さい。**　＿＿＿＿＿＿cm　＿＿＿＿＿＿Kg

同意書：私はヨード造影剤とニトロ噴霧剤の投与の必要性と危険性を十分理解し、
β遮断薬の使用の可能性を理解した上で
□その使用に同意します。　□その使用に同意しません。

年　　月　　日

患者様御署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人様御署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

医師名：

つくばセントラル病院　放射線科