

造影剤を用いた検査を受けられる方への説明書

今回実施する検査は、“造影剤”という薬剤の注射をして行います。造影剤を使用することにより、新たな病変が見つかったり、病変の性質についての詳しい情報を得ることができ、正確な診断に役立ちます。これは安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。

副作用の種類は次のようなものです。

1. 軽い副作用： 吐き気・背部痛・腰痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。このような副作用の起こる確率は、約100人につき5人以下、つまり5%以下です。
2. 重い副作用： 呼吸困難、血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は、約1,000人から10,000人につき1人、つまり0.1～0.01%です。

また、造影剤を注射する場合には、血管外に造影剤がもれことがあります。この場合には注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収されて心配ありません。もれた量が多い場合には、別の処置が必要となることがあります。非常にまれです。当院では、万一の副作用に対して万全の体制を整え検査を行っています。もし変だと感じたら、ためらわず、すぐにお申し出ください。

さらに、検査ができるだけ安全確実に行うために次ページの質問にお答えください。



◎電車ご利用の場合

- ・JR京浜東北線「東十条」駅北口より 徒歩2分
- ・東京メトロ南北線「王子神谷」駅より 徒歩約8分
- ・JR埼京線「十条」駅より 徒歩約10分

〈東十条駅までの所要時間〉

東京駅より約20分 新宿駅より約25分

◎バスご利用の場合

- ・国際興業バス [赤25・赤25-2・赤25-3・赤26・赤27・赤31・赤95系統]
「東十条4丁目」停留所下車 徒歩約3分
JR「赤羽」駅東口より 約5分
東武伊勢崎線「西新井」駅より 約20分



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055(直通)

FAX.03-5902-1056(直通)



モバイルサイト

造影剤を用いる検査を行うための問診票

適したもの□内にレ印を入れてください。

1、2、3、5の“あり”を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉を書いてください。

1) 今まで、造影剤（注射/点滴）をもちいた検査を受けたことがありますか？

なし あり : CT検査 尿路造影 胆道造影 血管造影 MRI検査

2) 1)で“あり”を選ばれた方にお聞きします。その時、副作用はありましたか？

なし あり : 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛

その他 ()

3) 今まで喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？

なし あり

4) アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

なし あり : じんま疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎

薬のアレルギー（薬剤名） ()

食物アレルギー（食物名） ()

その他 ()

5) 腎臓もしくは甲状腺の働きが悪い（腎不全・甲状腺疾患など）と言われたことがありますか？

なし あり : ()

6) 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？

なし あり わからない

上述の問診票のうち問2)～5)で“あり”的項目に当てはまる方は、造影剤の副作用が起こる確率が高くなります。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

造影検査承諾書

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに

○で囲んで下さい

同意いたします

拒否いたします

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

令和 年 月 日

患者又は代理人（続柄）

署名

印

上記患者に対して、検査、処置に関する説明を行いました。

令和 年 月 日 署名



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055(直通)

FAX.03-5902-1056(直通)



モバイルサイト

造影剤を用いる検査を行うための問診票

適したもの□内にレ印を入れてください。

1、2、3、5の“あり”を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉を書いてください。

1) 今まで、造影剤（注射/点滴）をもちいた検査を受けたことがありますか？

なし あり : CT検査 尿路造影 胆道造影 血管造影 MRI検査

2) 1)で“あり”を選ばれた方にお聞きします。その時、副作用はありましたか？

なし あり : 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛

その他 ()

3) 今まで喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？

なし あり

4) アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

なし あり : じんま疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎

薬のアレルギー（薬剤名） ()

食物アレルギー（食物名） ()

その他 ()

5) 腎臓もしくは甲状腺の働きが悪い（腎不全・甲状腺疾患など）と言われたことがありますか？

なし あり : ()

6) 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？

なし あり わからない

上述の問診票のうち問2)～5)で“あり”的項目に当てはまる方は、造影剤の副作用が起こる確率が高くなります。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

造影検査承諾書

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに

○で囲んで下さい

同意いたします

拒否いたします

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

令和 年 月 日

患者又は代理人（続柄）

署名

印

上記患者に対して、検査、処置に関する説明を行いました。

令和 年 月 日 署名



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055(直通)

FAX.03-5902-1056(直通)



モバイルサイト

造影剤を用いる検査を行うための問診票

適したもの□内にレ印を入れてください。

1、2、3、5の“あり”を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉を書いてください。

1) 今まで、造影剤（注射/点滴）をもちいた検査を受けたことがありますか？

なし あり : CT検査 尿路造影 胆道造影 血管造影 MRI検査

2) 1)で“あり”を選ばれた方にお聞きします。その時、副作用はありましたか？

なし あり : 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛

その他 ()

3) 今まで喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？

なし あり

4) アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

なし あり : じんま疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎

薬のアレルギー（薬剤名）()

食物アレルギー（食物名）()

その他 ()

5) 腎臓もしくは甲状腺の働きが悪い（腎不全・甲状腺疾患など）と言われたことがありますか？

なし あり : ()

6) 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？

なし あり わからない

上述の問診票のうち問2)～5)で“あり”的項目に当てはまる方は、造影剤の副作用が起こる確率が高くなります。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

造影検査承諾書

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに

○で囲んで下さい

同意いたします

拒否いたします

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

令和 年 月 日

患者又は代理人（続柄）

)

署名

上記患者に対して、検査、処置に関する説明を行いました。

令和 年 月 日 署名



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055(直通)

FAX.03-5902-1056(直通)



モバイルサイト