

CT 造影検査を受けられる方へ

患者 ID

患者氏名 様

検査日時

平成 年 月 日 () 時 分 からです

頭部 胸部 腹部 その他 () の造影 CT 検査を行います

1. 当日の食事制限について

- 午前中の検査 (8:45~12:45) は朝食をとらないでください。
- 午後からの検査 (14:00~16:00) は昼食をとらないでください。
お茶やお水は普通に飲んでいただいて結構です。

2. 検査当日について

検査当日は再来受付機で受付後、予約時間の 15 分前までに 1 階の画像診断センターの受付にお越しください。進行状況により予定時間が前後する場合がありますので予めご了承ください。検査時間は 15 分程度です。

3 造影 CT 検査問診票と同意書を記入について

※以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる可能性が高いため造影検査を行わないこともあります。下記に該当する方は医師に相談のうえ検査を受けてください。

- 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことがある方
- 気管支喘息、薬剤過敏症、じんましんなどのアレルギー性疾患のある方
- 心疾患、肝機能、腎機能障害のある方、人工透析をされている方
- 糖尿病のお薬 (メトグルコ・メルビン・グリコラン・ネルビス・メトリオン等) をお飲みの方は薬の制限が必要になる場合があります

4. 女性の方へ

妊娠中または妊娠の可能性のある方は担当医師または技師へ申し出て下さい。
また、現在授乳中のお母様は検査後の授乳について別紙説明書をお読みください。

5. 小児の検査について

小児の場合、睡眠剤や安定剤を使用することがあります。
担当科の指示に従って来院してください。

6. 服装について

検査部位によっては、検査着に着替えていただきますので着替えやすい服装でご来院ください。

※予約日・予約時間に都合が悪くなった場合や問い合わせは下記へお願いします。
電話での検査日変更はお受けできないことになっております。ご了承ください。

【連絡先】 平日 8 時 30 分~17 時 15 分 電話 048-287-2525

画像診断センター CT 室

CT 造影検査時のヨード造影剤使用に関する説明および問診票・同意書

当院では造影剤を使った検査を受けられる方に、あらかじめ「造影剤投与に関する同意」を確認させて頂いております。

以下の項目をよくお読みになった後に、納得いただけましたら同意書にご署名をお願い致します。

1. 造影剤を使用する必要性

造影剤の投与によって、小さな病変や正常部位との差がほとんどない病変も明瞭に描出され、より正確な診断が可能となります。

2. 造影剤の副作用・危険性

造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こる可能性があります。

①軽 症:吐き気、嘔吐、かゆみ、じんましん、熱感などで、治療は必要としません

(頻度 100 人に 1 人程度)

②重 症:血圧低下、呼吸困難、意識消失、心停止、腎不全などがあり治療が必要となります

(頻度 2 万人に 1 人程度)

③死 亡:非常にまれで他の薬剤と同様の割合で起こる可能性があります

(頻度 40 万人に 1 人程度)

遅発性副作用:副作用のほとんどは検査後 10 分以内に起こりますが、まれに数時間から数日に現れることがあります。通常は軽症で治療は必要としませんが、症状がひどい場合には、下記の連絡先に連絡してください。

4. 血管外漏出(注射漏れ)について

造影剤の注入に関しては細心の注意をもって実施していますが、造影剤を勢いよく注入するために血管外に漏れることがあります。注射部がはれて痛みを伴うことがあります。通常は時間がたてば自然に吸収されますが、漏れた量によっては別に処置が必要となることもあります。

5. 副作用発生時の対応について

副作用が発生した場合には適切な処置を行います。また、極めてまれですが重篤な副作用の場合には院内放送により院内の医師や医療スタッフを総動員する緊急時システムが確立されています。

担当医(検査申し込み医)は、造影剤に関するこれらの長所や短所をよく考えた上で、造影剤の使用が有益であると判断した場合に造影検査をお勧めします。検査を受けられる方は説明をご理解いただき、納得できるようであれば、問診票の記入と同意書にご署名ください。また、お答えの内容によっては造影剤を使用しない場合もありますのであらかじめご了承ください

【副作用発生時の連絡先】

平日 8 時 30 分～17 時 15 分: 048-287-2525

画像診断センター CT 室

造影 CT 検査問診表（同意書）

患者 ID
患者氏名
診療科

- 1 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
なし あり⇒ CT 検査・腎臓検査・血管撮影検査・MRI 検査・その他（ ）
ありと答えられたかたへ その時副作用はありましたか？
なし あり⇒じんましん・吐き気・くしゃみ・息苦しさ・その他(どのような)
- 2 今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？
なし あり⇒具体的にお書きください（ ）
- 3 今までに喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか？
なし あり
- 4 今までに褐色細胞腫と言われたことはありますか？
なし あり わからない
- 5 今までに腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか？
なし あり わからない
- 6 現在糖尿病の薬を飲んでいますか？
なし あり
ありと答えられたかたへ 以下の薬は飲んでいますか？
ビグアナイド系の薬剤（メトグルコ・メルビン・グリコラン・ネルビス・メトリオン・その他（ ）
わからない方はおくすり手帳をお持ちください
- 7 造影剤使用量の参考とするため身長、体重を教えてください
身長（ ） cm 体重（ ） kg
- 8 女性の方へ
現在妊娠していますか なし あり

検査を受けられる患者様

私は造影 CT 検査の副作用や必要性に関して説明を行いました

説明日 平成 年 月 日

説明医師 _____

CT 検査同意書

検査予定日 年 月 日

同意日 平成 年 月 日

私は造影 CT 検査の必要性と副作用の可能性について説明を受け理解できましたので

造影 CT 検査を受けることに **同意します・同意しません**（いずれかに丸印をつけてください）

（なお同意された場合でもいつでも撤回することができます）

川口市立医療センター 病院管理者殿

署名（本人）氏名 _____

親族または代理人氏名 _____ 患者との続柄（ ）

当日はこの問診表・同意書を記入してお持ちください

担当者