

# CT 検査に関する説明書

ID

患者氏名

様

検査日

年

月

日

生年月日

午前・午後

時

分

## CT 検査とは

CT 検査は放射線を利用して、体の中を撮影・画像化する検査です。

撮影画像に影響を及ぼす為、金属製の物を身に付けて検査をすることができません。

撮影時は検査によっては息止めが必要となります。安静にして指示に従ってください。

検査時間は約 10 分～60 分かかります。(検査内容により異なります)

## 検査当日の諸注意

検査は予約制です。都合が悪くなった場合は必ず下記へご連絡ください。

予約時間に遅れて来院された場合には、検査が受けられないことがあります。

検査の都合上、時間および順番が前後することがあります。あらかじめご了承ください。

**腹部や造影剤を使用する検査では食事や排尿の制限があります。予約票の案内文をご確認ください。**

## 検査室に入る前の諸注意

次に該当する方は主治医または検査室職員に申し出てください。

1. 心臓ペースメーカーなど体内埋め込み物を使用している方
2. 手術などで体内に金属がある方
3. 妊娠中、またはその可能性のある方

撮影部位によっては、金属類(ファスナー・ホックなど)のある衣類は検査前に脱いで、検査衣に着替えていただきます。

腕時計、磁気カード、財布、携帯電話などの所持品、ヘアピン、メガネ、アクセサリ、エレキバンなどの金属類や入れ歯、かつら、カイロ、湿布薬は検査前に外してください。

検査をより精密にするために、「造影剤」という薬を静脈注射することがあります。

造影剤を使用した場合、検査中や検査後にごくまれですが気分不良、じんましんなどの副作用が現れることがあります。ほとんどは軽度で自然に消失しますが、ひどい場合には下記に連絡してください。

また造影剤の注入中に血管外に漏れが生じることがありますが、少量の漏れは心配ありません。

極めてまれに多量に漏れた場合は、別の処置が必要となります。

**連絡先**

医療法人 藤井会

香芝生喜病院

TEL : 0745 - 71 - 3113 (代)

# ヨード造影剤使用検査に関する説明書・同意書

ID

患者氏名

様

検査日

年

月

日

生年月日

午前・午後

時

分

あなたの病気の状態をよりはっきりさせるために、CT用造影剤(ヨード造影剤)を血管内に注射しながら行う造影検査を受ける必要があります。

造影剤投与に伴う副作用として、約100人に3人程度の割合でむかつき、じんましん、かゆみ、くしゃみなどの軽いアレルギー症状が、造影剤投与直後から数日以内に起こることがあります。

また極めてまれに、約10万人に1~4人の割合で重篤な副作用の起こる可能性があることをご承知ください。したがって検査にあたっては、細心の注意を払い、一旦副作用が現れた時はただちに適切な処置ができるように万全の準備をして検査しております。

その他に造影剤の注入中に血管外に漏れが生じることがありますが、少量の漏れは心配ありません。極めてまれに多量に漏れた場合は、別の処置が必要となります。

このような副作用が現れる可能性があるにもかかわらず、造影検査をおすすめする理由は、病気の状態を正確に診断し、最良の治療方針をたてるために有用な検査であるからです。

以上のような事情をよく理解されたうえで、この検査に同意いただける場合は、下の欄にご署名の上、提出してください。なお代理人の場合は、ご家族の中からお一人の代表者が、続柄とともにご記入くださるようお願い申し上げます。(同意された場合でもいつでも撤回することができます)

- ・造影剤は「尿」と一緒に体の外に排出されます。検査後はいつもより水分(お茶、水等)を多めに飲んで「尿」を出してください。なお医師より水分制限を言われている方は普段どおりで結構です。
- ・授乳中の方は、造影検査後48時間は授乳をさけてください。
- ・副作用のほとんどは軽度で自然に消失しますが、重篤な場合は担当医に連絡をとり、その指示に従ってください。また次回造影検査を受ける時は必ず医師にその旨を伝えてください。

放射線を利用した診療は、検査で得られた画像を用いて病気を評価できるなどの利益があります。一方で、放射線被ばくによって健康影響をもたらす場合もあります。

当院では医師をはじめ放射線診療に関わる医療従事者が、有効で安全な診療を行うため、放射線診療を受ける方の放射線防護を十分に考慮して診療用放射線の安全利用に努めています。

放射線被ばくを伴う診療を行う際にはその診療による利益が放射線被ばくによる不利益よりも大きいことを考慮し放射線診療の必要性を確認した上で、診療の質を保ちながら可能な限り医療被ばく低減に取り組んでいます。

以上の説明をしました。

年 月 日

説明者 \_\_\_\_\_ (印)

院内同席者

以上の説明に対して

- 同意します。  
 同意しません。

年 月 日

患者様本人

ご署名 \_\_\_\_\_

親権者または代理人

ご署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

検査をできるだけ安全確実に行うために2枚目の問診票にお答えください。

# ヨード造影剤使用検査に関する問診票

ID

患者氏名

様

検査日

年

月

日

生年月日

午前・午後

時

分

## 【患者様記入欄】

体重 \_\_\_\_\_ kg

副作用の発生の危険性を予知し、また効果的な対策をとるために下記の質問にお答えください。

1	ヨード造影剤（注射/点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？ CT検査、腎臓検査、胆のう検査、すい臓検査、血管造影検査	有	無
2	質問1で『ある』と答えられた方へ その時副作用はありましたか？ じんま疹、吐き気、嘔吐、その他( )	有	無
3	ヨード過敏症と言われたことがありますか？	有	無
4	気管支ぜんそくと言われたことがありますか？ (時期 )	有	無
5	腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？ (時期 )	有	無
6	次の病気のうち、かかったことのあるものを○で囲ってください。 ・重篤な心疾患(心筋梗塞など) ・甲状腺機能亢進症(バセドウ病) ・重篤な肝障害 ・骨髄腫(こつずいしゅ) ・褐色細胞腫(かっしょくさいぼうしゅ) ・マクログロブリン血症		
7	アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか？ (具体的に )	有	無
8	薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？ (具体的に )	有	無
9	経口糖尿病薬（ビグアナイド系）を服用していますか？（有:休薬が必要） (薬品名 )	有	無
10	現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか？	有	無

質問 3:禁忌 質問 4, 5, 6:原則禁忌 質問 9:検査当日と前後 2 日間の休薬が必要

## 【主治医記入欄】

造影剤使用検査を受けられるすべての患者様について問診票確認の上、必ず下記の項目を記入して下さい。

eGFR( m<sup>l</sup>/min/1.73 m<sup>2</sup>)

eGFR 値 30～60 : 必要性考慮 eGFR 値 30 : 原則禁忌

eGFR 記入の場合、CRE・BUN の記入不要

3ヶ月以内のCRE、BUNの数値 : CRE( mg/d<sup>l</sup>) BUN( mg/d<sup>l</sup>)

採血日( 年 月 日)

CRE 値 1.5mg/d<sup>l</sup>以上は原則禁忌です。

・主治医サイン \_\_\_\_\_ (印)