

CT検査予約

ID

氏名

様

生年月日

検査を受けられる患者様へ

- (1) あなたの検査部位および検査日時、食事制限は下記のとおりです。

検査部位

検査日時

造影剤使用 あり なし その他 ()

造影剤使用がある場合は造影検査に関する同意書を持参ください。

食事制限 制限なし 朝絶食 昼絶食

(水分制限はありません)

- (2) 検査は予約制になっておりますので、この予約票を持って予約時間の 30 分前までに総合受付にお越し下さい。
- (3) 入院された場合は、すみやかにこの用紙を病棟詰所に提出して下さい。
- (4) 予定日時に検査が受けられなくなった場合は、必ず下記へ連絡下さい。

検査上の注意事項

- (1) 検査は苦痛を伴いませんが、息止めや身体を動かさないなどの制約があります。
- (2) 検査の所用時間は約 10 分～30 分となります。
- (3) 金属製の装飾品や金属のついた衣服 (ヘアピン、ピアス、ネックレスなど) は検査前に取り除いてください。
- (4) 検査の都合により、開始時間がずれることがありますのでご了承ください。

造影検査を受けられる患者様へ (CT検査・血管造影・胆道造影・尿路造影・その他)

大分市医師会立アルメイダ病院

【造影剤の説明】

検査当日、あなたが受ける検査では、ヨード系造影剤という検査薬を使う可能性があります。造影剤はより正確な診断をするために用いますが、一方、下記に示すような副作用が起こることもあります。

- ・ 軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹、注射部位の痛みなどです。検査の1～2日後に発疹が現れることもあります。これらは治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で回復するものです。このような症状が発生する頻度は、約100人につき5人以下、つまり5%以下です。
- ・ 重い副作用：呼吸困難、嘔声、意識障害、血圧低下、腎不全などです。このような副作用は、入院のうえ治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。このような重篤な副作用が発生する頻度は、約2.5万人につき1人、つまり0.004%です。
- ・ 遅発性副作用：体質により検査終了後に副作用（発疹、かゆみ、むくみ、吐き気、のどのイガイガ感、咳、冷や汗、動悸、脱力感、めまい）が現れることがあります。このような遅発性の副作用は出るとすれば検査後10分以内がほとんどですが、ごくまれに数時間から数日後（多くは2日以内）に副作用が現れることがあります。また注射部位の痛みが数日間持続する場合もあります。
- ・ 病状・体質によっては約40万人につき1人の割合（0.00025%）で、死亡する場合があります。
- ・ CT・尿路造影検査で造影剤を注射するときには、体が熱くなることがありますが、造影剤による一時的な刺激であり心配ありません。
- ・ CT検査やMRI検査では、勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みを伴う事もあります。通常は時間がたてば吸収されますので心配ありませんが、漏れた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもあります。主治医および検査を担当する放射線科医はこれらの長所、短所をよく考えた上で、造影剤を使用した方が患者様にとって利益になると判断した場合、造影検査を患者様に勧めています。
- ・ ヨード造影剤を使用しない場合には、病気の種類によっては、それぞれの画像検査において病変が検出されなかったり、診断に迷ったりする可能性があります。ヨード造影剤を使用しない検査法に代わる検査としてMRI検査や超音波検査といったX線を用いない検査や造影剤を使用しないCT検査などの画像検査があります。各々の検査法の利点や欠点は病気の種類によって様々ですので、不明な点があれば医師にご相談ください。

患者様には造影剤の必要性と危険性をよく理解して頂いた上で安全に検査を行うために、右の間診票にお答え頂いております。お答えの内容によっては、当日放射線科医が判断し造影剤を使用しない場合もありますので、あらかじめご了承下さい。

当日予約表と一緒にこの用紙をお持ち下さい。

【問診票】

1. これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか。
なし あり：CT MRI 胆道造影 尿路造影 その他（ _____ ）
 →「あり」の場合（そのとき「帰宅後も含めて」副作用がありましたか）
なし あり：吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・胸痛・血圧低下
 その他（ _____ ）
2. 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患で治療を受けたことがありますか。あれば具体的にお書き下さい。
なし あり（具体的に： _____ ）
3. 患者様ご本人にアレルギー性の病気や体質がありますか。
なし あり：気管支喘息・蕁麻疹・アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー
4. 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことはありませんか。
なし あり：内容（ _____ ）
5. 腎臓の病気あるいは機能が悪いと言われたことはありませんか。
なし あり：内容（ _____ ）
6. 心臓の薬を服用していますか。
なし あり：内容（ _____ ）
7. 糖尿病薬を服用していますか。
なし あり：内容（ _____ ）

【説明医師署名欄】（説明をした医師が記入します。）

上記患者に対して、私が検査および造影剤使用の目的について説明しました。

説明実施日：

医師氏名： _____ （所属）

_____ （署名）

造影検査に関する同意書

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。

記入日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者様または代理人（続柄 _____ ） _____ （署名） _____

（説明された内容について分からないことがある場合は、ご遠慮なく医師に質問して下さい。同意書をいただいた後でも、いつでも質問をお受けいたします。同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

*** 造影剤検査を拒否される場合には、以下の欄にご署名下さい。**

私は、現在の病状、造影検査について説明を受けましたが、造影検査を受けることを拒否します。そのことによる結果について、主治医・検査担当医・病院の責任を問いません。

記入日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者様または代理人（続柄 _____ ） _____ （署名） _____