

名城病院 CT 造影検査 問診・説明・同意書(病診用)

患者氏名：_____様

造影検査予定日：_____年 _____月 _____日

同席者：_____続柄(_____)

病名または病状(_____)

造影剤問診項目 該当項目を囲んで下さい。

- 造影剤使用経験 1.なし 2.あり:CT・MRI・血管造影・(_____)
- 造影剤副作用歴 1.なし 2.あり:嘔気嘔吐・じんま疹・血圧低下・(_____)
- 喘息歴 1.なし 2.あり:現在治療中・現在治癒している
- アレルギー歴 1.なし 2.あり:アトピー・アレルギー性鼻炎・食べ物・薬・その他(_____)
- 甲状腺の病気 1.なし 2.あり(病名:_____)
- 腎臓病 1.なし 2.あり(病名:_____)
- 妊娠の可能性(女性のみ) 1.なし 2.あり
- 糖尿病治療薬の服用 1.なし 2.あり
2.ありの場合:ビグアナイド系糖尿病治療薬(メトホルミン等) 1.なし 2.あり

造影剤を用いる CT 検査を受けられる方へ

1. 造影 CT 検査とは

今回実施する CT 検査は、ヨード造影剤という薬を血管内に注射して行います。血流の状態を見ながら検査することで、病気の状態をより正確に明らかにし、今後の治療に役立てます。

2. 造影剤を使用しない場合

造影剤使用に同意いただけない場合でも、造影剤を用いないで可能な限り検査は施行いたしますが、正確な診断ができない場合があります。

3. 造影剤の副作用などについて

造影剤は副作用の少ないものが開発され安全な薬ですが、副作用が生じることがあります。下記の既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強くなる場合もあります。

- ・ 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のある方
- ・ 花粉症や食物などのアレルギー歴のある方
- ・ 他の薬剤過敏症やじん麻疹などのアレルギー歴のある方
- ・ 重い腎臓病や気管支喘息のある方

※ 当院では、造影検査中に何か異常が現れた場合はすぐに造影を中止し、医師が適切な処をいたします。もし異常だと感じたら、ためらわずにすぐに申し出てください。また帰宅後に異常が生じましたら名城病院までご連絡ください。

副作用の具体例

- 1) 造影剤を注射するとき体が熱くなることがありますが、血管に対する直接の刺激による正常な反応であり心配ありません。
- 2) 造影剤を勢いよく注入するため、まれに血管外に漏れることがあります。漏れた部位が腫れて痛みが持続することがありますが、通常は自然に吸収されるため心配ありません。漏れた量が非常に多い場合は、別の処置が必要になることもあります。
- 3) 軽い副作用として吐き気、かゆみ、発疹などがありますが、基本的には治療を必要としません。このような副作用の起こる確率は約 5%以下です。
- 4) 重い副作用として呼吸困難、血圧低下、意識障害などがあります。このような副作用に対しては治療が必要で、入院や手術が必要なことがあります。重い副作用の起こる確率は、約 0.2%です。非常にまれですが、様々な処置を行っても症状・体質によっては約 40 万人に 1 人の確率で、死亡する場合があります。
- 5) 検査終了後 30 分から数日後に、頭痛、発疹、かゆみ、吐き気などの症状が現れることが数%の確率であります。このような症状はほとんど一時的なものです。症状が現れた場合、ご心配であれば下記までご連絡下さい。又は次回受診の際に医師にお知らせ下さい。
4. 糖尿病治療薬の一種であるピグアナイド系糖尿病治療薬(メホルミン等)を内服されている方は、乳酸アシドーシスという重い副作用予防のため、前後 2 日間ずつの休薬が必要となります。休薬が行われていない場合は造影検査を行うことができませんので、あらかじめご了承ください。
5. 造影 CT 検査を受けるにあたって、検査前の食事は控えてください。透析中等の制限がある方をのぞき、水分を多めにお摂りください(アルコール、牛乳などの乳製品は除く)。服用中のお薬は、糖尿病薬などを除き、特に指示のない限り通常通り服用してください。
6. 検査終了後、食事は普通にお摂りいただき、普段通りの生活を送ってください。造影剤は尿として排泄されますので、排泄を促進させるために水分を多めにお摂りください。なお、授乳中の方は、検査後 24 時間は授乳を控えてください。

上記患者に対し、造影検査について、その必要性と内容、起こりえる危険性、後遺症、合併症などについて説明しました。

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師(署名)： _____

私は、CT 検査における造影剤使用について、担当医より十分な説明を受けました。

造影剤の投与を受けることに 同意いたします。 同意出来ません。

年 _____ 月 _____ 日

患者氏名(署名) _____

保護者または代理人氏名(署名) _____

患者との続柄：(_____)

同意書の複写ならびに説明資料を受領しました。

患者または保護者または代理人氏名(署名) _____

国家公務員共済組合連合会 名城病院

〒460-0001 名古屋市中区三の丸 1-3-1 TEL 052-201-5311