

## CT 造影検査 問診・説明・同意書

患者氏名：\_\_\_\_\_様

検査予約日時：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

-----

### 受付：名城病院 1F 新患受付

※予約時間の 20 分前までにお越し下さい。

(注：冠動脈 CT 検査の場合は、検査前診察がある為 11 時半までに来て頂く必要があります。)

※都合で予約時間に遅れる場合、予約を取り消す場合は、ご連絡下さい。

#### 当日お持ちいただくもの

- ◆健康保険証(マイナンバーカード)
- ◆紹介状(診療情報提供書)
- ◆CT 造影検査同意書
- ◆CT 造影検査の問診票

#### 検査当日の食事

- ◆昼絶食。水、お茶は検査直前まで摂取可能です。

#### 造影 CT 検査を受けるにあたって

- ◆ ビグアナイド系糖尿病薬を服用中の方は、検査予定 2 日前から検査 2 日後まで服用を中止して下さい。中止されていない場合は、造影検査は行えません。
- ◆ 検査時間は、20 分程度ですが、撮影部位により 10～20 秒ほどの息を止めていただくことがあります。
- ◆ 妊娠中、または妊娠の疑いのある方はお申し出下さい。
- ◆ 体格、体動、呼吸停止不良等により、画像が不鮮明となり評価できない可能性があります。

#### 造影 CT 検査について

- ◆ 造影剤は、検査する部位をより詳しく調べるためのもので、副作用は少ない薬ですが、今までに造影剤で気分が悪くなったことのある方は事前にお申し出下さい。
- ◆ 造影剤は尿として排泄されます。検査後当日は、ふだんより多めに水分をお取り下さい。
- ◆ まれに、検査終了後、数時間から数日後に頭痛や吐き気、かゆみ、じんましんなどの症状が現れることがあります。その場合は早めに当院へご連絡下さい。

## <CT 造影検査 説明書>

### 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、症状が強く出る場合もあります。

- ・ 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

#### 副作用の具体例

- 1) 造影剤を注射するときに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. 検査結果について

体格、体動、呼吸停止不良等により、画像が不鮮明となり正確な評価できない可能性があります。あらかじめご了承ください。

心臓(冠動脈)CTでは、次のような場合には特に画像が不鮮明となり評価できない場合があります。ご了承ください。また、検査を受けて頂くようお願いします。

不整脈(頻脈、期外収縮、心房細動など)、息止め不良、体動、冠動脈高度石灰化、肥満など体格による画像不良、ステント留置後、体内に埋め込まれた医療機器(ペースメーカー、人工弁など)、その他予期せぬ理由で評価困難となる場合もあります。

5. 糖尿病治療薬の一種であるビ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。

6. 造影CT検査を受けるにあたって、検査前の食事は控えて下さい。透析中等の制限がある方をのぞき、水分を多めにお摂り下さい(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下さい。

7. 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下さい。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下さい。  
なお、授乳中の方は、検査後24時間は授乳を控えて下さい。

※当院では、造影検査中に、何か異常が現れた場合にはすぐに造影を中止し、医師が適切な対処をいたします。もし、異常だと感じたら、ためらわずにすぐに申し出て下さい。また、帰宅後に異常が生じましたら、名城病院まで連絡して下さい。

# CT 造影検査の問診表

患者氏名 \_\_\_\_\_

検査予定日 \_\_\_\_\_

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・その他( )
造影剤副作用歴	1.なし	2.あり (ありの場合は予約できません。各診療科にご紹介下さい。)
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 ) 透析をしている・透析をしていない
糖尿病薬の服用	1.なし	2.あり : (薬の名前 )
妊娠の可能性 (女性のみ)	1.なし	2.あり

名城病院控え

スキャン

国家公務員共済組合連合会  
名城病院長 殿

## CT 造影検査 同意書

説明日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

造影検査予定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者: \_\_\_\_\_

私は、CT 検査における造影剤使用について、上記説明者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

- 同意します  
 同意しません

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名(自署) \_\_\_\_\_

本人以外(自署) \_\_\_\_\_ 患者との続柄:( \_\_\_\_\_ )

名城病院控え

スキャン

国家公務員共済組合連合会  
名城病院長 殿

## CT 造影検査 同意書

説明日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

造影検査予定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者： \_\_\_\_\_

私は、CT 検査における造影剤使用について、上記説明者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

- 同意します  
 同意しません

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名(自署) \_\_\_\_\_

本人以外(自署) \_\_\_\_\_ 患者との続柄：( \_\_\_\_\_ )

患者様控え