

CT 造影 検査予約票

ID 番号

お名前

様

予約日時

年

月

日

○検査当日の手順

新患・再診患者 受付まで、検査予約時間30分前にお越しください。

検査予約票(この用紙)と問診票-検査同意書をご提出ください。

○お願い

検査日の変更ならびにキャンセルは下記まで御連絡ください。

成田富里徳州会病院 放射線科

TEL0476-93-1001 (代) 放射線科直通 0476-93-1056

予定時間通りに検査を行うように努力しておりますが、緊急検査への対応や個々の検査毎に内容が異なるため、予約時間と実際の検査開始時間がずれることがあります。ご了承ください。

○検査前の食事・

検査 6時間前よりの食事はお控え下さい。

乳製品以外の水、お茶などは飲まれてかまいません。

高血圧などで定期投薬のある方は薬を飲まれてからご来院下さい。

ただし、糖尿病のお薬は飲まないでください。

CT検査における造影剤(ヨード製剤)使用についての説明書

今回実施するCT検査は、“造影剤”という薬剤を注射して行います。造影剤を用いることにより、あなたの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。

CT検査は造影剤を使用しなくても行えますが、正確に診断が出来ず病気を見落とす場合があります。造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用にはつぎのようなものがあります。

- ① 軽い副作用：吐き気・嘔吐・かゆみ・発疹などで、基本的には治療は不要です。このような副作用の起こる確率は100人に つき5人以下、つまり5%以下です。
- ② 重い副作用：呼吸困難・血圧低下・けいれん・意識消失などで、通常は治療が必要であり入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は1000人に1人程度、つまり0.1%程度です。
- ③ 非常にまれですが、病状・体質によっては約10～20万人につき1人の割合(0.0005～0.001%)で死亡する場合があります。
- ④ なお、以前に造影剤を用いる検査を受け、副作用の無かった方でも副作用が起こる可能性があります。

検査をできるだけ安全確実にを行うために、別紙の質問(問診票)にお答えください。担当医の判断で造影剤を使用しない場合もあります。

☆造影剤の注入時には

- ① 体が熱くなりますが、血管に対する直接の刺激であり心配ありません。
- ② 勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤がもれることがまれにあります。この場合は、注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。
- ③ 基本的には、時間がたてば吸収されますので心配ありません。もれた量が多い場合は、別の処置が必要となることもあります。非常にまれです。

当院では、万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っています。もし変だと感じましたら、ためらわずに主治医もしくは放射線科にお知らせください。

☆検査が終わって

- ① まれに、検査のときは何とも無くても検査後数時間～数日後に注射した腕の痛み、皮膚の発赤・かゆみ、吐き気、嘔吐、動悸などの症状が出る場合があります。何か異常を感じたら、検査を依頼した科または放射線科までご連絡ください。
- ② 造影剤の体内からの排泄を良くするために、水・お茶などの水分を普段より多めにとってください。ただし、水分摂取を制限されている方は、通常どおりにしてください。
- ③ 造影剤は若干母乳中に移行しますので、およそ48時間は授乳を控えてください。

- ※ 検査 6時間前よりの食事は控え下さい。
- ※ 乳製品以外の水、お茶などは飲まれてかまいません。
- ※ 高血圧などで定期投薬のある方は薬を飲まれてからご来院下さい。
- ※ ただし、糖尿病のお薬は飲まないでください。

* 造影検査に関して、ご質問がある場合には
成田富里徳洲会病院 放射線科 まで遠慮なくお尋ね下さい。

問診票

当てはまる方にレ印を入れてください。“あり”の方を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉を書いてください。

体重を記入して下さい

Kg

1. 今まで、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？
□なし □あり: CT検査、尿路造影、胆道造影、血管造影、MRI検査
2. その時、副作用はありましたか？
□なし □あり: 発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他()
3. 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか？
□なし □あり(→具体的にお書き下さい:)
4. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
□なし □あり: じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、
薬のアレルギー(薬剤名)
食物のアレルギー(食物名)、その他()
5. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか？
□なし □あり(→具体的にお書き下さい:)
6. 今までに下記の病気にかかったことがありますか？
甲状腺機能亢進症(バセドー病) □なし □あり
褐色細胞腫瘍(病名) □なし □あり
重症筋無力症(病名) □なし □あり
7. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？
□なし □あり □わからない
8. 糖尿病のお薬(メット、メルビン、ジベトスなど)を飲んでいますか？
□なし □あり(→「あり」の方は、必ず主治医にご相談ください)

※ 検査担当医・放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

造影CT検査同意書

私は、造影検査とその危険性について担当医から説明を受け、また、「CT検査における造影剤(ヨード製剤)使用についての説明書」を読み、納得しました。よって造影検査を受けること、および、もし副作用が生じた場合にはそれに対する処置を受けることに同意します。(同意した後も、いつでも撤回することができます。)

また、検査担当・放射線科医の判断で造影剤使用を中止する場合があることにも同意いたします。

検査日時: 年 月 日

検査内容: 造影 CT 検査

同意日: 平成 年 月 日

患者または代理人(続柄) 署名 _____

上記患者様に対して文書において造影検査について説明しました。

説明日: 平成 年 月 日

_____ 科 担当医 _____