

様

月 日 曜日 時 分頃

- ※ 検査の内容によっては時間が前後することがあります
- ※ 事前に受付を済ませ、放射線科受付前でお待ち下さい
- ※ 来院できない場合は、事前に必ず放射線科にご連絡下さい

● 予定検査内容 () CT

● 造影剤使用予定 (有・無)

※ 有の方は別紙 (ヨード造影剤について) をご参照下さい

CTとはコンピューター断層撮影の略です。

X線を使って体内の断面像を撮影します。

検査の時間は、部位や検査内容によって異なりますが5分～20分程度です。

体内の様子が詳しくわかり、診断や治療にたいへん役立ちます。

◆CT検査における当日の食事、水分等の制限はありません。

- ・当日、CT以外にも複数検査をされる方は担当科にてご確認下さい。
- ・水分は、水、ほうじ茶に限り検査直前まで摂取していただいて結構です。
- ・薬を飲んでいる方は、通常通り服用して下さい。
- ・水分制限を受けている方は、担当医にご相談下さい。
- ・膀胱の検査を受けられる方は尿を溜めた状態で検査をします。

◆造影剤を使用した検査を受けられる方へ

・過去に造影剤による副作用が出た方、特定の疾患をお持ちの方、特定の糖尿病薬を服用中の方は造影剤を使用できない場合があります。担当医にご確認下さい。

・検査をより安全に行うため別紙 (ヨード造影剤使用検査の問診・同意書) をご確認の上、提出していただきます。

◆心臓検査を受けられる方へ

- ・検査中は、体を動かさずに15秒程度の息止めをしていただきます。息止めでできない方、体動のある方は検査ができない場合があります。
- ・検査時、造影剤の他に血管拡張剤等の薬を使用する場合があります。緑内障、眼圧が高い、血圧が低い方はお申し出下さい。

尚、ご不明な点がございましたら担当医、看護師、検査担当者にお尋ね下さい。

ヨード造影剤使用検査 問診・同意書

令和 年 月 日 時 分

ID: _____ 名前: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 年 月 日

検査をより安全に行うため以下の設問にお答えください。

質問項目	回答欄		確認
これまでに造影剤を使用して検査を受けたことはありますか。	あり	なし	
造影剤を使用した際、帰宅後も含めて何か異常はありましたか。 (例: 吐き気、嘔吐、かゆみ、湿疹、呼吸困難、意識消失、血圧低下 等)	あり 症状 ()	なし	
薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか。	あり ()	なし	
アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症などはありますか。	あり ()	なし	
ご家族にアレルギーをお持ちの方はいますか。	あり ()	なし	
気管支喘息と診断されたことはありますか。	あり (治療中・未治療)	なし	
甲状腺の病気と診断されたことはありますか。	あり (病名:)	なし	
腎臓の病気や機能が悪いといわれたことはありますか。	あり (病名:)	なし	
心臓病と診断されたことはありますか。	あり (病名:)	なし	
高血圧と診断されたことはありますか。	あり (薬名:)	なし	
糖尿病と診断されたことはありますか。	あり (薬名:)	なし	
以下の疾患と診断されたことはありますか。 褐色細胞腫・多発性骨髄腫・マクログロブリン血症・テタニー	あり	なし	
現在、妊娠またはその可能性がありますか。	あり	なし	
現在、授乳していますか。	はい	いいえ	

私はヨード造影剤を用いた検査を受けるにあたり、その必要性と起こりうる副作用について説明を受け、十分に理解したうえで検査を行う事に同意します。

_____ 年 月 日 患者又は代理人署名 (続柄: _____)

※ 同意された場合であってもいつでも撤回できます。

※ ご不明な点はスタッフにお尋ね下さい。

医療関係者記入欄*****

eGFR(ml/min)	体重	ビグアノイド系糖尿病薬	βブロッカー	穿刺時部位注意点
ml/min	kg	あり ・ なし	あり ・ なし	シャント・乳癌術後・麻痺

注意) eGFR の値が 45ml/min 以下の場合、主治医または説明医師に必ず確認して下さい (3ヶ月以内の値を推奨)。

注意) eGFR の値が 30ml/min 以下の場合、原則造影剤の使用はできません (3ヶ月以内の値を推奨)。

注意) ビグアノイド系糖尿病薬を服用されている方は検査日の前後 2 日間 (計 5 日間) は休薬して下さい。

説明医師	確認者	放射線技師

ヨード造影剤説明書

ID: _____ 名前: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 年 月 日

検査日: _____ 年 月 日 時 分

●ヨード造影剤について

ヨードを含む薬剤のことで、静脈から注射すると全身に分布し、特に検査する部位（臓器）の血流の状態や血管の位置が鮮明になることで、病変がわかりやすくなり、診断に重要な情報が多く得られる利点があります。

投与された造影剤は通常1日以内に腎臓から尿中に排泄されます。

●副作用について

造影剤は比較的安全な薬剤ですが、他の薬剤と同様に場合によっては副作用が出現することがあります。

軽症・・・吐き気、嘔吐、かゆみ、じんましん、くしゃみ、めまい、頭痛など

ほとんどの場合が一時的なものです。

重症・・・呼吸困難、血圧低下、意識障害、ショック、腎機能障害など

治療が必要な場合があります。また、症状、体質によっては約10～20万人につき1人の割合で死亡する場合があります。

当院では万一の副作用に対し万全の体制を整え検査を行っております。

検査中は看護師、放射線技師が側に付き添いますので、異常を感じた場合はすぐにお知らせ下さい。

検査をより安全に行うため、事前に「ヨード造影剤使用検査 問診・同意書」のご記入をお願いします。

●糖尿病のお薬を服用されている方へ

ビッグナイド系糖尿病薬を服用している場合、重い副作用が生じる場合がありますので休薬が必要です。

該当する糖尿病薬を服用されている方は必ず職員にお申し出下さい。

造影検査を行う際は、検査2日前から2日後までの計5日間、休薬して頂きます。

●検査時の注意

造影剤が注入されると体が熱くなりますが、正常な反応で心配ありません。通常、注入終了と同時に、次第に消失していきます。

血管外に造影剤が漏れ、注射した部位が腫れる場合があります。注射部位に痛みを感じた場合はお知らせ下さい。

これら以外にも異常を感じた場合はすぐにお知らせ下さい。

●検査後の注意

ヨード造影剤は尿と一緒に体外へ排出されますので水分摂取に制限のない方は、水分を多くとるようにしてください。水分制限のある方は主治医にご相談ください。

検査後30分は病院内で異常がないか様子を見て下さい。

検査後数時間から数日後に副作用が現れる場合があります。異常を感じた場合は以下までご連絡ください。

外来患者様・・・診療時間内は受診された科へ、夜間等診療時間外は救急外来へご連絡下さい。

入院患者様・・・病棟スタッフにご連絡下さい。