

CT 造影検査説明書

《造影 CT 検査を受けられる方へ》

あなたは、医師から造影CT検査が必要と判断されました。
以下のとおり概要をご説明します。「必要性」と「副作用」をご考慮の上、造影剤の投与にご同意頂ける方は、別紙の「問診票・同意書」にご署名ください。
なお、署名された後に同意を撤回することもできます。

1.造影剤の使用について

・造影剤を静脈に注射し、血管やいろんな臓器を見やすくします。腫瘍などもわかりやすくなり、正確な診断ができます。ただし、これを使用しなくてもよい場合がありますので、造影する部位や病気の種類によって、使用するか否かを検査時に検討させていただきます。

2.造影剤の副作用・合併症について

・造影剤による何らかの副作用が 100 人中 3 人くらいの頻度であることが学会等で報告されています。多くは熱感、かゆみ、じんま疹、吐き気といった軽い症状で治療の必要はありません。
・ただし、冷汗、血圧低下、呼吸困難、ショックといった重篤なものが、1,000～10,000 人に1人くらいの頻度であり、極めて稀に重篤なショックでの死亡が 30 万人に 1 人くらいの頻度で報告されています。

3.緊急時の対応について

・上述のような副作用が発生した場合は、検査担当医師や看護師が適宜対応いたします。また、副作用が重篤な場合は、他科の医師と協議し、必要な処置をいたします。
なお、症状によっては入院治療等が必要になることがあります。

4.検査前の処置について

・検査前の食事は基本的にご遠慮ください。水分摂取の制限はありませんが、乳飲料製品はご遠慮ください。お薬の服用は、担当医師にご確認ください。

5.検査後の生活について

・造影剤は尿と一緒に排泄されますので、普段より多めに水分を摂取してください。食事も普段どおり摂取してもらって構いません。
ただし、検査後数時間から数日間に発疹、かゆみが出る場合があります。
その際は、担当医師若しくは出水総合医療センター放射線科にご相談ください。

6.お願い

・この「説明書」は、ご本人の控えとなります。
なお、検査当日に体調が悪い方は担当職員へお申し出下さい。

CT造影剤問診表および同意書(院外用)

※CT造影検査を受ける患者様には、必ず下記の項目のチェックをお願いします。
※この検査問診票・同意書は検査当日に患者様にご持参をお願いします。
※疑問や質問は地域連携室にご相談下さい、

【連絡先】出水総合医療センター 地域連携室 Tel:0996-67-1657

《 問診票 》

○造影剤使用に関する質問にお答えください。 ※ 該当するものにチェックしてください。

1. これまでの造影剤使用歴

- 無し
 有り その内容[CT MR 尿路造影 血管造影 その他]

2. 造影剤の副作用歴

- 無し
 有り その内容[じんま疹 嘔吐 嘔気 血圧低下 その他]

3. ビグアナイド系糖尿病治療薬の服用(* 有りの場合は休薬が必要です。)

- 無し
 有り その内容[グリコラン錠 メディット錠 メトリオン錠 メルピン錠 その他]

4. ぜん息の有無

- 無し
 有り その内容[現在治療中 治癒 小児ぜん息]

5. アレルギー歴

- 無し
 有り その内容[アトピー 鼻炎 薬 食物 その他]

6. 腎臓病の有無

- 無し
 有り その内容[腎不全 透析中 その他()]

7. 腎機能 (* どちらかにチェックを入れ値を入力して下さい。)

- Cr値 _____ mg/dl
 eGFR _____

8. 妊娠の可能性

- 無し 有り

9. 体 重 _____ Kg

※ 造影剤の使用、副作用についての説明 済み

《 造影検査同意書 》

出水総合医療センター 院長殿

○造影剤検査に際し、造影剤の必要性や副作用について十分理解した上で、これを投与されることに

- 同意致します。 同意致しかねます。

説明日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様 氏名 _____

(代理人)氏名 _____

説明者: _____ 医師名: _____

※: 必要事項を記入の上、当院放射線科担当職員にお渡し下さい