

CT 造影検査 問診・確認票

年 月 日 検査予定

患者番号:

患者氏名: _____

生年月日:

1. いままでに造影検査を受けたことがありますか? ⇒ なし あり

・ありの場合、何の検査でしたか?

CT, MRI, 血管造影, 尿路造影, 脊髄造影, わからない

・ありの場合、副作用「発疹、かゆみ、吐き気、頭痛など」はありましたか?

(ヨード造影剤による場合は**禁忌**。ヨード過敏、ヨード造影剤副作用歴のある方は造影剤投与できません)

なし あり (その症状: _____)

2. 重篤な甲状腺疾患がありますか? (重篤な甲状腺疾患のある方は**禁忌**。造影剤投与できません)

なし あり

3. 気管支喘息がありますか? (気管支喘息の方は、**原則禁忌**です。小児喘息治癒後の方は造影可)

なし あり (現在の状態: _____)

4. アレルギー体質・アレルギー性の病気(花粉症・アトピー性皮膚炎など)・薬物過敏症等がありますか? (ありの場合、**慎重投与**となります)

なし あり (病名・薬剤 _____)

5. 腎臓の機能低下がありますか? (eGFR 30未満の場合**禁忌**、造影しません)

なし あり (ありの場合、eGFRは、\$KEN02_結果 ml/分/1.73m² \$KEN02_検査日)

6. 糖尿病治療中の方について、ビグアイド系糖尿病薬を使用していますか?

(腎機能低下のある方は、検査日と前後2日の5日間服薬中止となります)

なし あり

7. 女性の方のみお答えください。現在妊娠していますか?

なし あり わからない

紹介医師確認欄

私は造影検査の必要性、危険性及び合併症などについて、当病院の造影検査説明書に基づいて患者に説明しました。また、放射線科医の判断より、単純CTに変更する場合がありますことを了解します。

確認年月日: 年 月 日

施設名 _____

医師署名 _____

市立伊勢総合病院 地域医療連携係

TEL【直通】 0596-23-5394

【代表】 0596-23-5111 (内線 1231・1232)

FAX【直通】 0596-29-2576

(2019/04/01 改訂)

CT 造影検査 説明書

年 月 日 検査予定

患者番号:

患者氏名: _____

生年月日:

1. 造影剤について

より正確に診断するための薬です。造影剤を使用した造影検査は、病気を正確に診断する上で現在欠かすことのできない検査になっています。造影剤を使用しなくても撮影することは可能ですが、造影剤を使用しなければわからない事も多く正確な診断をすることが困難になる可能性があります。

2. 造影剤の副作用について

この薬は安全な薬ですが、まれに次のような副作用が起こることが報告されています。

軽い副作用:吐き気・動悸・かゆみ・頭痛・発疹などがありほとんどですぐに症状は治まり、通常心配はいりません。このような副作用の起こる確率は5%以下と報告されています。

重い副作用:呼吸障害・意識消失・血圧低下・腎不全などがあり治療が必要になる場合があります。このような副作用の起こる確率は0.1%以下と報告されています。

また0.001%以下と非常に稀ですが、他の薬剤と同様に、病状・体質によっては死亡する場合がありますと報告されています。

造影剤を注入する際に、血管外に造影剤が漏れる場合があります、場合によっては注射針の刺し直しを行うことがあります。また、漏出した部位に腫れや痛みを伴う事がありますが、自然に吸収されるため通常心配ありません。漏れた量が非常に多い場合には、処置が必要になることがあります、非常に稀です。

3. 検査時の注意

造影剤を注入中に、造影剤を注射している方の腕や体全体が熱く感じる事がありますが、数分で治まり心配ありません。造影剤を注入中に針の所が痛い場合は、造影剤が血管外に漏れている可能性があり、すぐに放射線技師又は看護師にお知らせ下さい。また「気分が悪い」、「息苦しい」などの症状が現れた場合、造影剤の副作用の可能性があり、すぐに声を出してお伝え下さい。

4. 検査後の注意

造影剤を注射した後は、水やお茶など水分をいつもより多くとってください。造影剤が尿と一緒に速やかに排出されます。ただし、水分摂取を制限されている方は、通常どおりにして下さい。

稀に造影剤注射後数時間から数日たってから、発疹、むくみ等の副作用が現れることがあります。その際は当院にご連絡下さい。

授乳中の方は造影剤が母乳中に移行しますので、造影剤注射後48時間は授乳を控えて下さい。

※ 造影剤に関する不明な点や、造影剤を使用したくないという場合には、同意書にご署名された後でも、ご遠慮なく医師・技師・看護師にお申し出ください。

CT造影検査 同意書

私は造影検査を受けるにあたり、検査の必要性や副作用の危険性などについて説明を受け、十分に理解しました。今回の検査で、造影剤の使用に同意します。また、副作用や合併症が起こった際の処置を受けることも併せて同意します。

年 月 日 患者または代理人(続柄) 署名 _____

※同意されない場合は、以下に署名をお願いします。

私は、造影剤使用に同意できません 署名 _____

市立伊勢総合病院 地域医療連携係

TEL【直通】 0596-23-5394

【代表】 0596-23-5111 (内線 1231・1232)

FAX【直通】 0596-29-2576

(2019/04/01 改訂)