

## CT 検査を受けられる方へ

氏名 \_\_\_\_\_

検査予約日時（緊急検査等で検査開始が多少遅れる場合があります。）

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

- ・ 予約時間の30分前までに総合受付にお越しください。
- ・ CT 検査とは、エックス線とコンピュータを使って体の輪切りの写真をつくり、体内を調べる検査です。
- ・ 検査結果は（ 当日 ・ 後日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ）説明致します。
- ・ 検査予約日時に来院できない方は必ずご連絡ください。

## CT に関するチェックリスト

- ・ 食事制限  あり（朝食 ・ 昼食）を摂らずに、お越し下さい。  なし（食べて頂いて問題ありません。）

**食事制限があっても、造影剤を使用される方は、検査直前までに水分（お茶・お水に限る）は十分飲んでおいて下さい。水分摂取により造影剤の副作用が低減するといわれています。**

（水分制限のある方は、医師又は看護師にお尋ねください）

- ・ ペースメーカー  あり ・  なし
- ・ 妊娠中、妊娠の可能性  あり ・  なし

## CT 用造影剤使用（注射）の説明

## CT 用造影剤の使用目的について

- ・ CT 用のヨード系造影剤を静脈注射すると、体内の様子をより詳しく知ることができます。
- ・ 病気の種類によっては、造影剤を使用して初めて診断可能なものも多いです。

## 副作用について

- ・ 造影剤注入時は勢いよく薬剤を注入するため、造影剤が血管外に漏れたり、熱感を伴うことがあります。
- ・ CT 用造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に副作用が出現することがあります。  
[軽症]：吐気、じん麻疹、くしゃみ、せきなど（約 100 人に 5 人）→投薬や注射で回復します。  
[重症]：心停止、呼吸困難、意識消失、血圧低下など（約 1 万人に 1 人）→入院の上、治療が必要です。
- ・ 検査を受けた当日は、造影剤を体内から早く排泄させるため、水分を多めにお取り下さい。  
（水分制限のある方は、医師又は看護師にお尋ねください）
- ・ 帰宅してからも気分が悪くなったり、じん麻疹などの症状のでることがあります。（ほぼ 1 週間以内）  
その時は、必ず病院までご連絡下さい。

※当院では万一の副作用に対しても、すばやく対応できるように体制をとり、検査を行います。

担当医師により上記説明を受け、了承しましたので同意書（病院保管用）に署名しました。

検査の概要は以上の通りですが、ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。

## CT用造影剤使用（注射）の説明および同意書

診療科 放射線科 氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査予約日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分予約

予約時間の30分前までに総合受付にお越しください。

## CT用造影剤の使用目的について

- ・CT用のヨード系造影剤を静脈注射すると、体内の様子をより詳しく知ることができます。
- ・病の種類によっては、造影剤を使用して初めて診断可能なものも多いです。

## 副作用について

- ・造影剤注入時は勢いよく薬剤を注入するため、造影剤が血管外に漏れたり、熱感を伴うことがあります。
- ・CT用造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に副作用が出現することがあります。  
[軽症]：吐気、じん麻疹、くしゃみ、せきなど（約100人に5人）→投薬や注射で回復します。  
[重症]：心停止、呼吸困難、意識消失、血圧低下など（約1万人に1人）→入院の上、治療が必要です。

## ・検査の前後に、造影剤を体内から早く排泄させるため、水分を多めにお取り下さい。

(水分制限のある方は、医師又は看護師にお尋ねください)

- ・帰宅してからも気分が悪くなったり、じん麻疹などの症状のでることがあります。（ほぼ1週間以内）その時は、必ず病院までご連絡下さい。
- ・また、万が一副作用が発生した場合は、最善と考えられる緊急処置を行います。

## 造影剤の問診票

造影剤使用歴 [ あり ・ なし ]  
 造影剤副作用の既往 [ あり (薬剤名： \_\_\_\_\_) ・ なし ]  
 重篤な甲状腺疾患 [ あり ・ なし ]  
 褐色細胞腫 [ あり ・ なし ]  
 気管支喘息 [ 治療中 ・ 既往あり ( \_\_\_\_\_ 歳 ) ・ なし ]  
 多発性骨髄腫 [ あり ・ なし ]  
 腎機能 [ eGFR or クレアチニン = \_\_\_\_\_ (測定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) ]

\*eGFRが45以下の場合、当院では造影できない場合があります。

## ※注意事項

・糖尿病の薬を服用 [ あり (薬品名： \_\_\_\_\_) ・ なし ]

\*ビグアナイド系糖尿病薬は、検査当日と造影後48時間の投与は中止して下さい。

・β遮断薬服用 [ あり ・ なし ]

説明医師（自署） \_\_\_\_\_

立会人 \_\_\_\_\_

説明を受けた上記の内容について

- わかりました。その上で納得して同意します。  
 わかりましたが、同意しません。  
 よくわかりませんでした。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人 \_\_\_\_\_ 署名（自署）

代諾者：本人との関係 ( ) \_\_\_\_\_ 署名（自署）

同意書がないと、造影検査を受けることができません。あらかじめご了承ください。