

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）

C T 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 検査 問診票

氏名 _____ 様

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

CT に関するチェックリスト

- ・ 食事制限 [あり (朝食 / 昼食) ・ なし]
- ・ 妊娠中、妊娠の可能性 [あり ・ なし]
- ・ 埋込型除細動器 (ICD、CRT-D) [あり ・ なし]



留置部位 (頸部、胸部、上腹部等) を撮影する場合、 当院 臨床工学技士にて設定変更して撮影を行います

除細動器についての確認 (鈴鹿中央総合病院記入欄)

- CT 撮影のため設定変更しました。 CE _____
- 設定変更を確認しCT撮影しました。 CT _____
- CT 終了のため再設定しました。 CE _____

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。