

CT 検査予約票

氏 名： _____ 様

検査部位： _____

依頼医療機関名

予約日時： 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

**予約時刻の 30 分前までに、糸魚川総合病院 総合受付で受付を済ませ、
放射線科までお越しください。**

- **禁食指示** ☐なし ☐あり ・検査当日の（ 朝食 ・ 昼食 ）は取らないでください
・予約時刻の 2 時間前までに 150mL 程度の飲水は可能です。
・常用しているお薬がある方は、下記休薬指示に該当していなければ服用してください
- **造影** ☐なし ☐あり （検査前に点滴を行うことがあります）
- **休薬指示** ☐なし ☐あり
薬剤名 _____ を _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで服用しないでください。
- **体重** _____ kg

お持ちいただくもの

本票、診察券、保険証、（お持ちの方のみ）医療費受給者証、ペースメーカー手帳

必ずお読みください

- 検査時間は約 15～30 分です。ご予約のある方を優先的に行いますが、急患対応で予約時間に検査が開始できないことがありますので予めご了承ください。
- 画像に悪影響をおよぼすために、以下の物は外していただくことがあります。

**金属製のボタン・ベルト・ファスナー・ブラジャー（ワイヤーやホックのあるもの）・ヘアピン
腕時計・金属製のアクセサリー類・入れ歯・補聴器・めがね・かつら・マスク・
カイロ・コルセット・ポケットの中の小銭、家や車の鍵、カードなど**

- 心臓ペースメーカーや植込み型除細動器（ICD）、インスリンポンプの患者さまにつきましては検査を受けられない場合がございますので事前にお知らせください。
- バリウムを用い、胃や食道、大腸などの検査を受けた方は少なくとも 1 週間は腹部の CT 検査ができません。該当される方はご依頼医療機関または糸魚川総合病院放射線科にご相談ください。
- 妊娠中の方はお知らせください。
- 当日都合の悪い方は必ず前もって、ご依頼医療機関および糸魚川総合病院放射線科までご連絡ください。

 **新潟県厚生連 糸魚川総合病院**

025-552-0280(代表)

ヨード造影剤を用いた検査を受けられる方へ

1. 問診票と同意書について

あなたは今回の検査で、ヨード造影剤を使用する必要があると主治医から判断されました。以下の詳しい内容をご確認の上、別紙「問診票および同意書」にお答えいただき、ヨード造影剤の使用について同意いただけるかどうかをお知らせください。

ヨード造影剤を安全に使用するために、検査ごとに問診と同意書への記入が必要となります。なお、同意された後でも検査前であれば、同意を撤回することができます。同意書の有効期限は署名日より、3ヶ月以内とさせていただきます。主治医もしくは糸魚川総合病院放射線科医師がヨード造影剤を使用する必要がない、もしくは使用できる状態にないと判断した場合、使用を中止することがあります。

2. 造影剤使用について

造影剤とは、体内に投与されることにより起こる画像上の変化を見て、より詳しく調べるために用いられる検査薬です。これにより造影剤を使用しない場合と比べてより多くの診断上重要な情報を得ることができます。造影剤を使用しなくても検査は行えますが、所見に気づけず正確な診断が出来ない可能性があります。

今回使用するヨード造影剤は、経血管的に体内に投与されます。体内に取り込まれたヨード造影剤は、経血管的投与の場合、健常な方であれば24時間でほぼ99%が尿から排泄されます。

ヨード造影剤は体に直接作用する薬理作用のない安全な薬剤ですが、お身体の具合によっては下記に説明するような副作用や合併症が出現することがあります。現在のところ、副作用の発生を予見できる確実な方法はありませんが、造影剤で副作用を経験したことのある方や、アレルギー（特に喘息）、心臓病、腎臓病、糖尿病の方は、副作用のリスクが高いとされていますので問診時にお知らせ下さい。また、造影剤を安全に使用できるかを判断するために採血検査を行うことがあります。主治医らはこれらをもとに造影剤の使用について慎重に検討します。

3. 副作用と合併症

副作用について

- 即時型副作用：検査中や検査直後の早い時期におこる副作用
 - 軽度の副作用：吐き気、嘔吐、じんま疹、発疹など（3%程度）
副作用の多くは一時的なものでそれほど心配はいりませんが、場合によっては投薬、注射などの処置を行うことがあります。
 - 重度の副作用：血圧低下、呼吸困難、意識消失など（CTで0.004%・約2.5万人に1人）
点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬など治療が必要となることがあります。極めて稀ですが、症状・体質によっては、死亡に至る場合があります。（CTで0.0003%・約33万人に1人）
- 遅発型副作用：検査数時間後～1週間後くらいまでにおこる副作用
 - 発疹などの症状がでることがありますが、多くは軽症の副作用です。

ヨード造影剤を起因とする合併症について

- 合併症として、造影剤腎症の発症が報告されています。造影剤腎症は、ヨード造影剤投与後の急性腎障害で、ほとんどはその後回復する可逆的な疾患です。腎機能が低下した方が造影検査を受けた

場合に優位におこる稀な疾患で、最悪の場合、死亡に至る例が報告されています。

- ビグアイド系糖尿病薬とヨード造影剤とを併用することで、副作用が増加する可能性があります。原則的に、検査前後の一定期間、ビグアイド系糖尿病薬の服用をお休みしていただいております。
- 造影剤の血管外漏出（もれ）
造影剤を急速に注入することにより、血管外（皮下など）に漏れる可能性があります。ほとんどの場合、数日以内に吸収されますが、極めて稀に手のしびれや皮膚の変色を伴うことがあり、別に処置が必要になることがあります。

副作用や合併症出現時の対応について

検査室には必要な医薬品や救急用の設備が用意されています。副作用や合併症出現時には医師や看護師、放射線技師が対応します。症状の程度によって処置や入院のうえ治療が必要になることがあります。

4. 検査に処置が必要な方

- 医師から検査前の食事を摂らないよう指示されることがあります。
- お薬を一定期間飲まないよう指示されることがあります。
- 検査前や検査後に点滴の指示をされることがあります。
- その他、検査のために、あるいは体調や病状に応じて、指示が出されることがあります。

5. 検査前

当日体調の悪い方は検査担当者（主治医、看護師、放射線技師）にお知らせ下さい。また問診から検査日までの期間が長い方は検査当日に体調などを再度問診させていただくことがあります。

6. 検査中

ヨード造影剤を投与する際は、スタッフが慎重に患者さまの状態を確認しますが、体調不良や穿刺部の痛みなどを感じた場合はすぐにお知らせください。

7. 検査後

- 検査後は、別に制限を指示されている方を除き、造影剤の排泄を促すため、いつもより多めに水分をとりください。入浴や食事など日常生活についての制限は特にありません。検査後に体調が悪くなった場合には時間を問わず当院（診療時間内であれば検査の指示を出した診療科に、時間外や休日は救急外来）にご連絡ください。場合によっては診察が必要なことがあります。外来で検査を受けた方には、連絡先が載っている検査後の注意書きをお渡ししております。
- 授乳中の方へ ヨード造影剤使用後の授乳に制限はありません。

 **新潟県厚生連 糸魚川総合病院**
025-552-0280(代表)

ヨード造影剤問診票

太枠の中についてお答えください

1. 造影剤を使用した検査を受けたことがありますか	いいえ ・ はい	CT ・ MRI ・ _____
2. 造影剤を使用して副作用を経験したことがありますか	いいえ ・ はい	CT ・ MRI ・ _____
「はい」の方、どのような副作用でしたか（かゆみ・発疹・咳やくしゃみ・吐き気・嘔吐・その他 _____）		
3. 気管支ぜん息と診断されたことがありますか	いいえ ・ はい	
「はい」の方、現在の状態は？（服薬治療中 ・ 未治療 ・ 治った）		
4. アレルギー性鼻炎、発疹、蕁麻疹などアレルギーを起こしやすい体質ですか	いいえ ・ はい	
5. 両親・兄弟に、ぜん息やアレルギー体質の方はいますか	いいえ ・ はい ・ わからない	
6. 以下の病気と診断されたことがありますか	いいえ ・ はい	
甲状腺機能亢進症 ・ 心臓病 ・ 肝障害 ・ 腎障害 ・ 人工透析中 ・ 褐色細胞腫 ・ 多発性骨髄腫 ・ テタニー ・ マクログロブリン血症		
7. ビグアナイド系糖尿病薬を飲んでいますか	いいえ ・ はい	薬剤名 (_____)
8. (女性の方のみ)現在妊娠している、もしくはその可能性がある	いいえ ・ はい	

ヨード造影剤使用同意書

糸魚川総合病院 病院長 殿

私は、今回 20 年 月 日 予定の CT 検査におけるヨード造影剤使用について、別紙説明にもとづき、医師より説明を受け質問する機会を得ました。ヨード造影剤の必要性やその副作用について理解した上で以下のように回答いたします。

太枠の中についてご記入ください

1. ヨード造影剤を使用することに同意します

予期せぬ事態の際に救急処置が適宜行われることにも同意します。

2. ヨード造影剤を使用することに同意しません

造影剤を使用しないことにより診断の精度が低くなることも理解しました。

記入日 20 年 月 日 氏名 _____

代理人氏名 _____ (続柄) _____

医師記入欄

ヨード造影剤の使用について患者様に説明し、同意書を確認しました。また問診の内容および直近 3 ヶ月以内の腎機能を確認し、造影剤の使用について以下のように判断します。

- ☐ 造影可能
- ☐ 造影中止（Cr 男性 1.2、女性 1.0mg/dL 以下、eGFR 60mL/min/1.73m² 以上
 どちらかの条件を満たさないと造影検査をお受けできません）

測定日 <u>20</u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日 Cr _____ mg/dL もしくは eGFR _____ mL/min/1.73m ²	記入日 <u>20</u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日 医師名 _____
--	--