

CT 検査の説明書

1. CT 検査について

X線を使用し、短時間で身体の様々な部位の撮影ができる検査です。

- ・衣類等に金属などがある場合、画像に影響を及ぼすことがあります。
- ・検査には、造影剤を使用しない検査と使用する検査があります。

造影剤は検査の質を向上する目的として使用します。

造影検査では副作用を想定し、食事制限があります。

- ・腹部検査においては、食事制限と飲み物制限があります。

牛乳・ジュースなどに含まれる脂肪は、内臓の形態を変化させ画像に影響を及ぼすことがあります。水・お茶をお飲みください。

- ・ビグアナイド系糖尿病治療薬を処方されている方は、造影検査の前後 48 時間は原則お薬の服用が中止となります。

- ・腎・尿管・膀胱・前立腺など泌尿器疾患を疑う場合、膀胱にお小水の溜まった状態で検査します。

検査前 1 時間は排尿しないでください。(無理な場合は検査室に連絡してください)

2. 服装について

必要に応じ検査着に着替えていただきます。

着替えをしやすい服装で来院してください。

3. 食事・飲み物制限について

撮影部位や方法により制限があります。

- ・造影検査の方は検査 3 時間前から禁食です。
- ・腹部検査の方は検査 3 時間前から禁食・飲み物制限があります。
- ・腹部以外の単純検査には制限がありません。

予約票

様の検査は

____月 ____日 ____時 ____分です。

検査当日は検査 15 分前の (____ : ____) に放射線科受付にお越しく下さい。

食事制限	<input type="checkbox"/>	あり	検査 3 時間前 (____ : ____) から禁食	<input type="checkbox"/>	なし
飲み物制限	<input type="checkbox"/>	あり (水・お茶のみ可)		<input type="checkbox"/>	なし
服薬制限	<input type="checkbox"/>	あり	2 日前から中止 (ビグアナイド系糖尿病治療薬)	<input type="checkbox"/>	なし
	<input type="checkbox"/>	その他服薬あり	当日 (朝・昼) 中止	<input type="checkbox"/>	なし
排尿制限	<input type="checkbox"/>	あり	検査 1 時間前 (____ : ____) から蓄尿	<input type="checkbox"/>	なし

検査日時の変更または検査をキャンセルされる場合は、稲城市立病院に早めにご連絡ください。

稲城市立病院 代表TEL 042-377-0931

受付時間 15:00~16:00

造影剤使用の問診票

様

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1. アレルギー体質ですか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 2. 気管支喘息と診断されたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 現在治療中ですか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 3. 腎臓の働きが悪いといわれたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 4. 今までに次の病気にかかれたことはありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 心臓病 ・ 腎臓病

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 5. 造影剤を注射して検査を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| MRI ・ CT ・ 腎臓/尿路造影 (DIP/IP) ・ DIC ・ 血管造影 (心カテを含む) | | |
| 6. その時に副作用はありましたか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

症状を教えてください (_____)

- | | |
|------------------|----------|
| 7. 現在の体重をご記入ください | _____ kg |
| | |
| (女性の方のみ) | |

- | | | |
|---------------|------------------------------|-----------------------------|
| 7. 現在、授乳中ですか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
|---------------|------------------------------|-----------------------------|

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 8. 生理周期と月経日を教えてください。 | _____ 日周期 |
| | _____ 日 ~ _____ 日 |

9. その他、気になることや質問があれば記入してください。
(_____)

* 上記項目の「下線付き □」のいずれかに印がある場合は検査室に確認してください。

説明者署名： _____

実施コメント

	同意を得て造影剤を使用します。
	副作用を発症する可能性があるため、造影剤を使用しません。
	造影剤は使用せず、検査を終了します。

検査室チェック者署名：

実施医師署名：

ヨード造影剤を用いる CT 検査を 受けられる患者様へ

今回実施する造影 CT 検査は、ヨード造影剤という薬剤を静脈から注射し、あなたの病気の状態をより明らかにする検査です。CT 検査は造影剤を使用しなくても行えますが、病気によっては得られる情報が不足し十分な診断ができない場合があります。

ヨード造影剤は安全なお薬ですが、以下のような副作用が起きることがあります。

1. 軽い副作用

吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などです。ほとんどは軽く一過性で基本的に治療を要しません。

このような副作用が起きる頻度は 100 人に 5 人以下（5%以下）です。

2. 重い副作用

呼吸困難・意識障害・血圧低下・カウザルギー（手足の神経障害による激しい痛み）などです。

このような副作用の起こる確率は 1000 人に 1 人以下（0.1%以下）です。

このような副作用は通常治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。そのため入院や手術が必要になることがありますが、その際の費用（保険診療の自己負担分）は原則として患者さんの負担になりますのであらかじめご承知ください。時にこのような副作用が遅れてあらわれる、たとえばご自宅に戻られてから生じることもあります。

このような症状があらわれた場合には速やかに主治医等、病院までご連絡ください。

腎臓の機能が低下している場合に造影剤を用いると腎障害が悪化することもあります。そのため、造影検査前後に点滴などの予防的処置や血液透析などの追加処置が必要なこともあります。

非常にまれですが、症状や体質によって約 10 万～20 万人に 1 人の割合（0.005～0.01%）で死亡することがあります。

また、ヨード造影剤を注射するときには

1. 体が熱くなることがあります。

血管に対する直接の刺激で正常な反応であり、心配ありません。通常は注射が終わると同時に、次第に消失していきま

2. 勢いよく造影剤を注入する必要がある検査の場合、血管外に造影剤がもれることがあります。

この場合には、注射した部位がはれて、痛みを伴うことがあります。基本的には時間がたてば吸収されて心配ありません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもあります。非常にまれです。

注意事項

- * 1. ヨード造影剤に対し過敏症の既往歴がある方
- 2. 気管支喘息やアレルギー疾患の既往歴がある方
- 3. 腎障害のある方又は腎機能が低下しているおそれのある方

上記の方は副作用や重篤な合併症を生じる頻度が高いことが分かっています。安全な検査を行うため、別紙の間診票へのご記入をお願いいたします。

万一の副作用に対して救急処置の準備をして検査を行なっています。もし異常を感じましたら、ためらわずにすぐにおっしゃって下さい。

* * 妊娠中の投与に関する安全性は確立していません。妊娠または妊娠をしている可能性がある女性は、診断上の有益性が危険性を上回ると判断される場合のみに検査を行いますので、お申し出ください。

* * * 糖尿病薬のうち、ビグアナイド系の糖尿病薬を服用されている方の場合、頻度としてはまれですが、造影 CT 検査後に、乳酸アシドーシスという重篤な副作用が起こることがあります。万一の副作用を防止するために、造影検査の前

後 4 8 時間は原則お薬の服用は中止となります。

以上の説明を行いました。わからないことがある場合にはご遠慮なくお尋ね下さい。

ご理解のうえご同意いただけましたら、別紙の同意書をご提出ください。

なお同意書を提出された後でも、同意を撤回することも出来ます。撤回される場合にもご遠慮なくお申し出ください。

説明年月日 _____

説明者氏名 _____

説明同席者氏名 _____

同意文書

稲城市立病院 病院長 殿

私は治療・検査を受けるに当たって、
下記の医師から、説明文書（No.放 0002）に記載された全ての事項について説明を受け、
その内容を十分に理解しました。そのうえで、この検査・治療を受けることに同意します。

1. あなたの病名・病態
2. 検査・治療の目的
3. 検査・治療の内容および注意事項
4. 検査・治療に伴う合併症とその発生率、合併症発生時の対応
5. 代替可能な検査・治療
6. 治療を行わなかった場合に予想される経過
7. 検査・治療の同意撤回の権利

【説明】

説明年月日： 年 月 日

説明医： _____（自筆署名、もしくは記名押印）

病院側同席者： _____（自筆署名、もしくは記名押印）

（自筆する。ゴム印を用いたり、印字の場合には、印を加える。）

【同意】

同意年月日： 年 月 日

同意者（本人）： _____（自筆署名もしくは記名押印）

患者さんの同席者： _____（自筆署名もしくは記名押印）

（自筆する。ゴム印を用いたり、印字の場合には印を加える。）

同意者（代理人）：（患者さんとの関係： _____）

※ ご本人が同意能力がない場合にのみ、代理人の方が自筆署名もしくは記名押印してください。（自筆する。ゴム印を用いたり、印字の場合は印を加える。）

同意文書

稲城市立病院 病院長 殿

私は治療・検査を受けるに当たって、
下記の医師から、説明文書（No.放 0002）に記載された全ての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。そのうえで、この検査・治療を受けることに同意します。

1. あなたの病名・病態
2. 検査・治療の目的
3. 検査・治療の内容および注意事項
4. 検査・治療に伴う合併症とその発生率、合併症発生時の対応
5. 代替可能な検査・治療
6. 治療を行わなかった場合に予想される経過
7. 検査・治療の同意撤回の権利

【説明】

説明年月日： 年 月 日

説明医： _____（自筆署名、もしくは記名押印）

病院側同席者： _____（自筆署名、もしくは記名押印）

（自筆する。ゴム印を用いたり、印字の場合には、印を加える。）

【同意】

同意年月日： 年 月 日

同意者（本人）： _____（自筆署名もしくは記名押印）

患者さんの同席者： _____（自筆署名もしくは記名押印）

（自筆する。ゴム印を用いたり、印字の場合には印を加える。）

同意者（代理人）：（患者さんとの関係： _____）

※ ご本人が同意能力がない場合にのみ、代理人の方が自筆署名もしくは記名押印してください。（自筆する。ゴム印を用いたり、印字の場合は印を加える。）