

1. 検査予定日                      年          月          日

午前／午後 : 開始

検査時間は、説明・更衣を合わせて約30分です。

検査日は絶食です。午後の検査であれば、昼食を摂らないようにお願いします。  
水分摂取は少量であれば問題ありません。

CT 検査では、より正確な診断を行うために静脈内にヨード系造影剤を注入して造影検査を行う場合があります。検査目的や検査を受けられる方の体重にあわせて使用量を変えています。通常 100～150cc で、正確かつ高速に注入する必要があるため、機械を使って静脈から注入します。ヨード系造影剤は安全な薬剤ですが、稀に副作用を起こすこともあります。副作用の種類や注意事項は次のようなものです。

殆ど検査直後で一時的なものです。極まれに数日以内に生じる事もあります（遅発性副作用）。

治療が必要になる場合もあり、極まれですが死亡例もあります。(40 万人に 1 人程度)

以下の項目に該当する方は、造影剤を使用すると副作用が発生する可能性や造影剤の使用に対して注意をする必要があります。安全に検査を行うため、以下の項目に該当する可能性のある場合は、申告をお願いします。

- ・ヨード過敏症
- ・重篤な甲状腺疾患
- ・気管支喘息
- ・アレルギー体質
- ・肝腎障害
- ・急性膵炎
- ・テタニー
- ・マクロブリン血症
- ・褐色細胞腫
- ・多発性骨髄腫
- ・糖尿病薬（ビクアナイド系）使用中の方
- ・以前に造影検査で副作用が出た方
- ・妊婦（妊娠の可能性のある方）、授乳中

造影剤を注入するとき体が熱く感じるかもしれませんが、造影剤による刺激なので心配ありません。検査の際には十分に注意して行いますが、造影剤の血管外への漏れや副作用が生じた場合の準備や対策には万全を期しております。その際は、追加の処置が必要となることがあります。

(以下、続く)

6. 造影検査後について

使用した造影剤は 24 時間で 99%体外に尿として排泄されますので、腎保護のため水分摂取に制限の無い方は検査終了後、十分に水分を摂取して下さい。

以上、造影 CT 検査についての説明をしました。拒否することもできますし、拒否したことで不利益を受けることはありません。同意・不同意はいつでも変更できます。不安や疑問がありましたら、いつでも医師やその他スタッフにお尋ね下さい。

説明日                      年              月              日

説明を行った医師（署名または押印）

\_\_\_\_\_

病院側同席者の署名（署名または記名押印）

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* 下記のいずれかを選び (☒)、署名または記名押印をお願いします。\*\*\*\*\*

福岡中央病院長 殿

上記についての説明を受け、質問の機会を得ました。この説明により、造影 CT 検査について理解できましたので、

☐ 同意します。

☐ 同意しません。

年              月              日

患者の氏名（署名または記名押印）

\_\_\_\_\_

代理人の氏名（署名または記名押印）

続柄

※患者の署名がある場合には代理人は不要

\_\_\_\_\_

患者同席者の氏名（署名または記名押印）

続柄

\_\_\_\_\_

# 造影CT検査問診票

1. 今までに造影剤を用いて検査を受けたことがありますか？	はい	いいえ
「はい」の方で、検査を受けたとき(帰宅後も含む)副作用・違和感がありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (例:吐き気、くしゃみ、かゆみ、湿疹、呼吸困難、意識消失、血圧低下、等)		
2. 下記のアレルギー性体質がありますか？	はい	いいえ
お薬・食べ物のアレルギー( ) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> その他( )		
3. 現在、下記お薬を飲んでいますか？	はい	いいえ
<input type="checkbox"/> 糖尿病薬(ビグアナイド系)…検査日前後48時間は休薬 (例:メトホルミン、イニシンク、等) <input type="checkbox"/> β遮断薬…副作用発生時に使用するアドレナリン製剤の効果が減弱 (例:メインテート、ビソノテップ、アーチスト、等)		
4. 腎臓の病気や機能が悪いと言われたことは有りますか？	はい	いいえ
(病名: ) 腎機能低下(参考値) eGFR:50以下		
5. 乳がんの手術を受けたことがありますか？	はい	いいえ
( 年 ) ( 右 、 左 )		
6. 妊娠中、あるいは妊娠の可能性	はい	いいえ

## ※緊急造影CT検査の場合

7. 今日食事をされましたか？	はい	いいえ
( 時 分ごろ) ※3時間前から絶食が必要(水・お茶は1時間前から絶飲)		

確認日 年 月 日 患者 ID: 氏名:

病院側確認者の氏名

