

## CT検査を受けられる方へのお知らせ

氏名

\* CT検査だけの場合は、**食事** をしてもかまいません。

生年月日

\* 当日は、この用紙と診察券を **CT室** にお出しください。\* DIC-CT(胆のう検査) は、**禁飲食** です。\* ご都合が悪くなったり、ご不明な点がございましたら  
**受診科** へご連絡ください

年 月 日( 時 分)施行

\* (該当を囲む) HBs抗原・HCV・HIV・ワ氏・MRSA  
ストレッチャー・車椅子

## \* 造影CT検査を拒否される場合は、こちらの欄に ご署名ください。

私は、現在の病状、造影検査について説明を受けましたが、造影検査をうけることを拒否いたします。そのことによる結果について、主治医・検査担当医・病院の責任を追及しないことに同意いたします。

確認日: 年 月 日 患者または代理人(続柄) (署名)

## 造影剤を用いるCT検査を受けられる方へ

今回実施するCT検査は、“造影剤”という薬剤を注射して行います。造影剤は、病気を見つけたり、病気の性質を詳しく診断するために使います。造影剤を使わなくても検査はできますが、病気や検査部位によっては、より良く診断を行うために造影剤が必要です。造影剤は安全な薬剤とされていますが、まれに副作用が起きたりします。副作用の種類は次のようなものです。

- 軽い副作用: 吐き気・嘔吐・熱感・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的には治療を要しません。このような副作用が起こる確率は約100人につき5人以下、つまり5%以下です。
- 重い副作用: 呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。このような副作用は治療が必要で、後遺症がでる可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は約1000人に1人、つまり0.1%です。
- 重篤な副作用: 病状や体質によって約10~20万人に1人の割合(0.0005~0.001%)で死亡する可能性があります。

造影剤の注入時は、体が**熱く感じる**ことがあります。造影剤が血管を刺激することで生じる反応で、一時的なもので心配はいりません。また造影剤を勢いよく注入する必要がある検査で、血管外に造影剤がもれることがあります。もれた部位がはれて、痛みを伴うこともあります。通常は、時間が経てば吸収されて心配ありません。処置が必要となることもあります。非常にまれです。その他 **腎機能障害**: 造影剤使用で腎機能が悪くなる可能性があります。多くは一時的なものですが、場合によっては透析が必要になる慢性腎不全になることがあります。

当院では万一の副作用に対して体制を整えて、検査を行っています。もし変だと感じたら、ためらわずすぐにお知らせください。

検査をできるだけ安全確実にを行うために以下の質問にお答えと日付・続柄・署名の記入をお願いします。

## 造影CT検査のための問診

- 今までに造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか? なし あり:CT検査、MRI検査、血管造影、腎臓・胆嚢検査
- その時、副作用はありましたか? なし あり:じんましん、吐き気、嘔吐、( )
- 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか? なし あり
- 今までに薬や食物でアレルギーがでたことはありますか? なし あり
- 現在、妊娠中ですか? なし あり わからない
- 現在、授乳中ですか? なし あり (最低3日間は授乳を中止)
- 糖尿病の薬を飲んでいますか? いいえ はい
- 糖尿病の薬の休薬説明を受けましたか?(7で“はい”にチェックした方) いいえ はい 休薬不要  
休薬する薬名( ) 休薬期間( / ~ / ) ←予約変更があった場合要注意
- 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか? なし あり

eGFR( ) mL/分/1.73m<sup>2</sup> (60未満慎重投与、45未満要補液、30未満原則禁) 検査日( / )

補液指示( 無 ・ 有 45未満の場合、必ず記入) 造影に関する指示( )

- 現在の体重を記入してください( ) kg より良い造影検査のために記入をお願いします

## 造影CT検査承諾書

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得いたしましたので、造影検査をうけることに同意いたします。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

承諾日: 年 月 日 患者または代理人(続柄) (署名)

上記患者に対して、私が責任をもって問診と検査・処置の実施について説明を行い、同意もしくは拒否の確認をしました。

クリニック

年 月 日

病(医)院

科医師:(署名)