

CT検査連絡用紙(問診票兼承諾書)

新潟県立吉田病院提出用

CT検査を受けられる方へのお知らせ

氏名

・CT検査のみの場合は、**食事制限はありません。**

生年月日

※該当を囲む

HBs抗原 ・ HCV ・ HIV ・ ワ氏 ・ MRSA
ストレッチャー ・ 車椅子

年 月 日(時 分)施行

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、病気を検出したり、病気の性質をより詳しく診断したりするために使われます。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、より正確な診断を行うために造影剤が必要です。これは安全な薬剤とされていますが、まれに副作用が起こることもあります。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、後遺症がのこ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。このような副作用が起こる確率は約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**ことがありますが、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。注射した部位がはれて、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。もれた量が多い場合は、別の処置が必要となることもあります。非常にまれです。

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。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万全の体制を整えて、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、腎臓検査、胆のう検査、血管造影
- 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、他()
→検査施行 ☐可 (医師記入)
- 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 ☐治療中 詳細:()
→検査施行 ☐可 (医師記入)
- 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 詳細:()
→検査施行 ☐可 (医師記入)
- 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)
☐はい ☐休薬不要(薬名:)
休薬する薬名()休薬期間(/ ~ /)検査日を含む前後計5日間
- 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことがありますか？
☐はい ☐いいえ
- 現在の体重を記入してください。
()kg ※体重記載がないと検査ができません

eGFR mL/min/1.73m² 検査日 年 月 日

(eGFR値 60未満慎重投与、45未満要補液、30未満原則禁忌)

※CT検査日から3か月以内

補液指示(無 ・ 有 eGFR値 45未満の場合、必ず記入) 造影に関する指示:

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しましたので、造影検査を受けることに同意します。

(同意された場合でも、検査前まで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、私が検査・処置に関する説明を行い、責任をもって問診をしました。

病(医)院

年 月 日

クリニック 医師氏名:(署名)