CT 造影検査説明書

≪造影 CT 検査を受けられる方へ≫

あなたは，医師から造影CT検査が必要と判断されました。
以下のとおり概要をご説明します。「必要性」と「副作用」をご考慮の上、造影剤の投与にご同意頂ける方は、別紙の「問診票・同意書」にご署名ください。
なお、署名された後に同意を撤回することもできます。

1.造影剤の使用について

・造影剤を静脈に注射し、血管やいろんな臓器を見やすくします。腫瘍などもわかりやすくなり、正確な診断ができます。ただし、これを使用しなくてもよい場合がありますので、造影する部位や病気の種類によって、使用するか否かを検査時に検討させて頂きます。

2.造影剤の副作用・合併症について

・造影剤による何らかの副作用が 100 人中 3 人くらいの頻度であることが学会等で報告されています。多くは熱感、かゆみ、じんま疹、吐き気といった軽症で治療の必要はありません。

・ただし、冷汗、血圧低下、呼吸困難、ショックといった重症なものが、1,000～10,000 人に1人くらいの頻度で治療が必要となります。極めて稀で重篤なショックでの死亡が 30 万人に 1 人程度で報告されています。

・血管外漏出（注射漏れ）について
造影剤の注入に関しては、細心の注意をもって実施していますが、自動注入器を使用するため血管に圧力がかかり、痛みと腫れを伴って血管外にもれることがまれにあります。通常は時間経過とともに自然吸収されますが、漏れた量によっては別に処置が必要となることもあります。

3.緊急時の対応について

・上述のような副作用が発生した場合は、検査担当医師や看護師が適宜対応いたします。
また、副作用が重篤な場合は、他科の医師と協議し、必要な処置をいたします。
なお、症状によっては入院治療等が必要になることがあります。

4.検査前の処置について

・検査前の食事は基本的にご遠慮ください。水分摂取の制限はありませんが、乳飲料製品はご遠慮ください。お薬の服用は、担当医師にご確認ください。

5.検査後の生活について

・造影剤は尿と一緒に排泄されますので、普段より多めに水分を摂取してください。
食事も普段どおり摂取してもらって構いません。
ただし、検査後数時間から数日間に発疹、かゆみが出ることがあります。
その際は、担当医師若しくは出水総合医療センター放射線科にご相談ください。

6.お願い

・この「説明書」は、ご本人の控えとなります。
検査当日に体調が悪い方は担当職員へお申し出下さい。

出水総合医療センター　放射線科技術科（TEL　0996-67-1611　内線 1119）
2018.3 改訂

CT造影剤問診表および同意書（院外用）

※CT造影検査を受ける患者様には、必ず下記の項目のチェックをお願いします。
※この検査問診票･同意書は検査当日に患者様にご持参でお願いします。
※疑問や質問は地域医療支援センターにご相談下さい、

【連絡先】出水総合医療センター　地域医療支援センター　Tel:0996-67-1657

《　問診票　》

〇造影剤使用に関する質問にお答え下さい。<u>※該当するものにチェックして下さい。</u>

1. これまでの造影剤使用歴

☐ 無し　☐ 有り→その内容〔　☐ CT　☐ MRI　☐ 尿路造影　☐ 血管造影　☐ その他（　　）〕

2. 造影剤の副作用歴　（ ☐ 造影剤カードの有無 ）

☐ 無し　☐ 有り→その内容〔　☐ じんま疹　☐ 嘔吐　☐ 嘔気　☐ 血圧低下　☐ その他（　　）〕

3. ぜん息の有無

☐ 無し　☐ 有り→その内容〔　☐ 現在治療中　☐ 治癒　☐ 小児ぜん息　〕

4. アレルギー歴

☐ 無し　☐ 有り→その内容〔　☐ アトピー　☐ 鼻炎　☐ 薬　☐ 食物　☐ その他（　　）〕

5. 腎臓病の有無

☐ 無し　☐ 有り→その内容〔　☐ 腎不全　☐ 透析中　☐ その他（　　）〕

6. 腎機能

☐ Cr値　　mg/dl　☐ eGFR　　ml/min/1.73m³

7. ﾋﾞｸﾞｱﾅｲﾄ系糖尿病治療薬の服用（＊有りの場合は休薬が必要です。）

☐ 無し　☐ 有り→その内容〔　☐ ｸﾞﾘｺﾗﾝ錠　☐ ﾒﾃﾞｨｯﾄ錠　☐ ﾒﾄﾘｵﾝ錠　☐ その他（　　）〕

8. 体重

＿＿＿＿＿＿＿＿kg

9. 体内金属の有無

☐ 無し　☐ 有り→その内容〔　☐ ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　☐ 植え込み型除細動器(ICD)　☐ その他（　　）〕

10. 造影剤の使用、副作用について説明

☐ 済み

≪　造影検査同意書　≫

出水総合医療センター　院長殿

〇造影剤検査に際し、造影剤の必要性や副作用について十分理解した上で、これを投与されることに

☐ 同意します　☐ 同意しません

診療科　＿＿＿＿＿＿＿＿年　　月　　日　　**患者様　氏名**＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者:＿＿＿＿＿＿＿＿**医師名:**＿＿＿＿＿＿

同席職員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**（職名：**＿＿＿＿＿＿＿＿**）**

※：必要事項を記入の上、担当職員にお渡し下さい

出水総合医療センター　放射線技術科（TEL　0996-67-1611　内線1119）

2025.1 改訂