患者氏名 _____ 様

造影剤を使用するCT検査を受けられる方へ

1. 目的

CT検査は病変の有無や性状などを診断する目的で、一般的に用いられる検査です。
より正確な診断を行うために造影剤を使用して検査を行っています。

2. 方法

① 検査前は絶食です。水分摂取に制限はありません。お薬等は、制限されない限り飲んでもかまいません。
② 造影剤は静脈から100ml程度（年齢、体重等により異なります）注射しながら検査します。
③ 造影剤を使うと、検査中に体が熱くなりますが、造影剤による影響ですので心配ありません。
④ 急速に造影剤を注入するため、まれに血管外に造影剤が漏れ、注射した部分が腫れて痛みを伴う場合があります。基本的に時間がたてば吸収されるので、心配ありません。漏れた量が多い場合には、別の処置が必要となることがあります。

3. 副作用

① 軽い副作用 ： 5%以下の確率で吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などが起こります。基本的に治療は要しません。
② 重い副作用 ： 0.004%(2.5万人に1人)の確率で、呼吸困難・意識障害・血圧低下などが起こります。通常は治療が必要で、時には心臓や脳血管系、腎機能などに後遺症が残る可能性があります。重篤な方や、体質的に問題がある場合は、0.0003%(40万人に1人)以下の確率で、死亡する場合もあります。
③ 遅延性副作用：検査終了後、数時間後から数日後まで頭痛、発疹などが起こることがあります。
④ アレルギー体質の方は無い人に比べ、副作用をおこす確率が約3倍高いといわれています。とりわけ喘息の方は約10倍の確率になります。また、腎機能の悪い方に造影剤を使うと、その機能をさらに悪化させる可能性があります。

4. 以下の患者さんには、造影剤が使用できない場合があります。担当医または検査担当者にお申し出下さい。

①ヨード過敏症である、もしくは以前にCTやMRI検査で造影剤を使用した際に気分が悪くなったことがある。
②現在喘息を患っている、または以前患っていた。
③心臓や肝臓、腎臓の障害が強い。
④薬や食べ物、花粉症、アトピーなどアレルギー体質である、もしくは両親や兄弟がアレルギー体質である。
⑤甲状腺機能亢進症や多発性骨髄腫である、もしくは治療を行っている。
⑥糖尿病で治療を行っている。

5. 緊急体制

当院では副作用発症時には、担当医、看護師、放射線技師が対応します。状況によっては、緊急医療体制で治療にあたります。
また、遅延性の副作用が現れた場合や異常に気づかれましたら、病院まで連絡して下さい。

平日 8:30～17:15は主治医 休日は当直医まで TEL 0995-62-2121

独立行政法人国立病院機構 南九州病院
R4年10月20日 改訂

事前 FAX要

患 者 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

造影CT検査問診票

各設問の該当する項目に✔を付けてください。

※問診票の内容によっては、検査担当医の判断で造影剤を使用しない場合も御座いますのでご了承くだ

1.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・尿路の検査 □血管造影　□胆嚢検査 】

2.今までに、造影剤による副作用はありましたか？

□なし
□あり　：本人　【□じんましん　□嘔気嘔吐　□その他（　　）】
　　血縁者　【□じんましん　□嘔気嘔吐　□その他（　　）】
《　両親　・　兄弟姉妹　・　その他（　　）》

3.喘息（ぜんそく）と言われたことがあります

本人　：□なし　□あり　【 □治療中　□治療中断　□小児喘息 】
血縁者：□なし　□あり　《　両親　・　兄弟姉妹　・　その他（　　）》

4.アレルギーで治療を受けたことがありますか？

□なし
□あり　【□薬のアレルギー（　　）□食物アレルギー（　　）
　　【□鼻炎(花粉症)　□その他（　　）】

5.甲状腺機能亢進症や多発性骨髄腫、褐色細胞腫と言われたことがありますか？

□なし　□あり　（甲状腺機能亢進症 ・ 多発性骨髄腫 ・ 褐色細胞腫 ）

6.心臓や肝臓、腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか？

□なし　□あり　（ 心臓 ・ 腎臓 ・ 肝臓 ）

7.糖尿病の治療を受けていますか？

□なし　□あり《 治療薬 （　　）・ 食事療法のみ 》

8.現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか？

□いいえ　□はい　□該当なし

【記入日】令和　　年　　月　　日　　説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

造影剤使用に関する承諾書（外部紹介患者用）　　事前　FAX要

私は、現在の症状、造影検査について説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意します。

（同意した場合でも、いつでも撤回できます）

【承諾日】令和　　年　　月　　日　　【緊急連絡先】

患者または代理人（続柄：　　）　　（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）

（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔紹介元医師記入欄〕

・腎機能検査値（有効期間：検査日より3ヶ月以内）　※eGFR値が30以下の場合、造影検査不可

Cr値（　　mg/dl）もしくは eGFR値（　　ml/min/1.73㎡）　採血日　　年　　月　　日

□予防措置なし　□予防措置あり（措置例：プレドニゾロン経口投与、生理食塩水の点滴など）　□採血結果を後日FAXします

問診の結果、造影剤使用可能と判断したので検査をお願いします

【確認日】　令和　　年　　月　　日　　【医師名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※当院医師の判断で単純となることもございます。ご了承お願いいたします。

検査当日記入項目

〔同意撤回書〕　　※同意した場合でも、いつでも撤回できます。

〔南九州病院来院後、造影検査を拒否される場合は、以下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、造影検査を受けることを拒否します。

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ません。

【署名日】令和　　年　　月　　日

（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　患者または代理人（続柄：　　）

※こちらの欄は当院医師がサインいたします。

〔南九州病院確認〕

上記患者に対して、検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意もしくは拒否されたことを確認しました。

（なお、カルテにも承諾書取得に関して記述してください。）

【確認日】令和　　年　　月　　日　　【医師署名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

国立病院機構南九州病院　代表電話（0995-62-2121）

R8年10月　改訂