

造影CT検査を受けられる患者様へ

フリガナ

ご氏名 _____ 様

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日生 性別: 男性・女性

住所: 〒 _____

ご施設名 _____

Tel: _____

予約時間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 時 分

- ◆ 検査部位は()です。
- ◆ 上記予約時間の**15分前**までにこの用紙と診察券をご持参の上、再来受付機を通り中央放射線部受付までお越し下さい。
 - ・ 当院を初めて受診される方は、予約時間の**30分前**までにフロント受付で保険証を提示して、手続きをして下さい。
- ◆ 検査時間の2時間前から**絶食**をお願いします。

☆ 絶食・・・食物を食べてはいけません。(水、白湯、お茶)は飲んでもかまいません

- ◆ 骨盤部の検査を受けられる方は膀胱に尿がたまっているほうがいいので、我慢できる範囲でトイレに行かず検査を受けてください。
 - ◆ 造影検査手帳をお持ちの方はご持参ください。他院から発行されたものが有りましたら、そちらもお持ちください。
- ※ 主治医が渡した検査同意書は記入の上、必ず持参してください。

注意事項

- ・ 妊娠及び妊娠の可能性のある方は受付時(検査前)に必ず申し出て下さい。
- ・ 現在、授乳されている方は申し出て下さい。

変更・キャンセルの場合

- ・ 2日前までは、ご紹介元のクリニックにご連絡下さい。前日から当日は、中央放射線部までご連絡下さい。



奈良県西和医療センター
中央放射線部

電話: 0745-32-0505

内線: 2141

ご氏名

様

ヨード造影剤の使用と副作用について

今回あなたが受けられる造影 X 線 CT 検査はヨード造影剤を使用して行います。造影剤を使用することで、病気の有無や性状・範囲の診断が向上します。

ヨード造影剤は広く使用され安全が確認された薬ですが、まれに副作用が出現することがあります。

(主な副作用)

- ・ 即時型アレルギー: 使用後数分で出現します。

軽度: 吐き気、かゆみ、蕁麻疹など、2.5%未満。

重度: 呼吸困難、血圧低下、意識障害等 数万人に 1 人程度。数十万人に 1 人程度は死亡することもあり、重篤な障害を残す可能性もあります。当院では緊急対応する設備を整え、万一の場合は最善の処置をいたします。

- ・ 遅発型アレルギー: 上記のような症状が数時間～数日以内に出現します。症状があった場合、当院までご連絡ください。
- ・ 腎障害: 腎機能の悪い方 (Cr1.5～2.0 以上) はさらに悪くなったり、透析が必要となったりすることがあります。主治医と相談上、点滴や透析の上、使用することもあります。
- ・ その他: 注入時に身体が熱くなりますが、刺激によるもので心配ありません。まれに漏れて腫れや痛みを伴う場合がありますが、吸収され小さくなれば心配ありません。しかし漏れた量が多いときは悪化し処置が必要となる場合があります。
なお検査後の内出血は針を抜いた後の止血が不十分だった場合にでき、造影剤の漏れとは異なり自然に消失しますのでご安心ください。
- ・ 副作用が出た場合、状況によっては検査を中止することがあります。
- ・ これらの副作用は、予測は困難ですが、出現しやすい危険因子がわかっています。
危険因子の確認のために、裏の質問に記入をお願いします。確認の上、造影剤を使用できるかの最終判断をいたします。
- ・ 造影剤使用の必要性や副作用について、了解・納得いただければ、同意書にサインを記入ください。なお、サイン後も撤回は可能です。

ご施設名

説明医師署名:

連絡先: 奈良県西和医療センター 放射線科 0745-32-0505

ヨード造影剤検査についての問診票

1. これまでに造影剤を使用して検査を受けられたことがありますか。 ない ある
2. (あるの方)当てはまる検査に○をつけてください。
CT 検査、尿路造影、胆嚢造影、血管造影、MRI 検査、その他()
3. (あるの方)検査後あるいは帰宅してから副作用がでたことがありますか。 ない ある
かゆみ、蕁麻疹、吐き気、嘔吐、その他()
4. アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか。 ない ある
5. これまでに飲み薬や注射液で具合が悪くなったことがありますか。 ない ある
薬剤名()
6. 腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか。 ない ある
7. 気管支喘息と言われたことがありますか。 ない ある
8. 肝臓の機能が悪いと言われたことがありますか。 ない ある
9. 糖尿病と言われたことがありますか。(治療中で服薬中…お薬名:) ない ある
10. 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)または骨髄腫と言われたことがありますか。 ない ある
11. 妊娠可能な女性にお聞きします。
現在妊娠中ですか。 いいえ はい
この前の生理はいつですか。()
授乳中ですか。 いいえ はい
12. おおよその身長と体重を教えてください。()cm、()kg
13. その他質問があればお書きください。

造影検査同意書

奈良県西和医療センター院長 殿

患者 様

私はヨード造影剤の使用の必要性や副作用について説明を受けた上、納得いたしましたので、使用に同意します。上記の問診票に間違いはありません。

検査日 平成 年 月 日 検査名 造影 CT

本人 住 所

氏 名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

保護者または代理人(続柄)

住 所

氏 名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日