

心臓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

- ◆ 検査部位は心臓 CT β ブロッカー (あり ・ なし) です。
- ◆ β ブロッカーありの患者様は上記予約時間の **70 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。
検査 60 分前に β 遮断薬(心臓の動きをゆっくりするための薬)を飲んでいただき検査します。
・当院を初めて受診される方は、予約時間の **1 時間 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。
- ◆ β ブロッカーなしの患者様は上記予約時間の **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。
- ◆ 予約時間は、だいたいの予約時間ですので、しばらくお待ちいただくことがあります。
- ◆ 検査時間の 2 時間前から**絶食**でお願いします。

☆ 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

- ◆ 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、そちらもお持ち下さい。

※ 主治医が渡した検査同意書は記入の上、必ず持参して下さい。

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)に必ず申し出てください。
- ・現在、授乳されている方は申し出下さい。

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

心臓 CT 検査同意書

この度、奈良県西和医療センターで以下の検査を施行するにあたり、患者様および親族または代表者様へ検査の必要性、方法、内容につきまして説明いたしました。

年 月 日 説明医師 科

～心臓 CT 検査を受けられる方へ(必ずお読みください)～

検査名:心臓造影 CT 検査(年 月 日())

検査内容:X線およびヨード造影剤を使用して心臓を撮影する検査です。得られた情報をコンピュータで解析することで、心臓(冠動脈などの血管、心房や心室などの心腔、および心筋、心膜など)だけを取り出して、その形態や機能を観察することができます。この検査により狭心症や心筋梗塞、弁膜症、心筋疾患などの診断が有効に行えます。

検査手順:北病棟1階のCT検査室で検査を行います。患者様によっては担当医師の指示により検査前に内服薬(β遮断薬やニトログリセリンなど)を服用していただく場合があります。検査台の上に横になり、静脈路を確保(点滴)します。静脈路よりヨード造影剤と生理食塩水を注射します。検査台は移動して円筒形の装置の中へ入り、撮影が行われます。その間は、息止めあるいは動かないよう指示をいたしますが、より正確な画像を得て診断精度を高める目的の指示ですので、どうぞご協力ください。検査の時間は約15～20分程度です。

検査の危険性:ヨード造影剤の安全性は極めて高いものですが、嘔気、掻痒感、発疹などの副作用が出現することがあります(2.5%未満)。また数万人に1人ほどの確率でショック症状を認めることがありますが、喘息などのアレルギー性疾患のある方に副作用発現の頻度がやや高いと言われております。また、内服薬のニトログリセリンでの血圧低下や頭痛、β遮断薬による喘息発作、徐脈、血圧低下などの発生がまれながら認められることがあります。検査には循環器科医師が立ち会い、心電図などのモニター下に観察しておりますが、副作用発生の際には適切な処置を行います。

検査前後の注意:当日検査前は絶食してください。医師より指示された内服薬の服用、水分の摂取は構いません。糖尿病の方で内服薬を服用中、あるいはインスリン注射中の方は検査日の内服、注射について、事前に必ず外来担当医へご相談ください。まれに発疹などの遅発性副作用が認められることもありますので、検査後に体調の変化を感じられた場合は当院へ必ずご連絡ください。

検査同意書

奈良県西和医療センター 病院長 殿

以上の項目につきまして説明医師より説明を受け、了解いたしましたので検査を受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

本人 住所

氏名

生年月日 明治、大正、昭和、平成 年 月 日

親族 住所

または 氏名 (本人との続柄:

代表者 明治、大正、昭和、平成 年 月 日

奈良県西和医療センター 放射線科 (TEL 0745-32-0505 内線 2141)

ご氏名

様

心臓 CT 検査問診票

検査日年月 年 月 日()

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。

ご協力ありがとうございました。

今一度、見なおしていただいて間違いがなければ、確認のためあなたのサインをお願いします。

平成 年 月 日 本人署名

または代筆者(続柄) 署名

奈良県西和医療センター 放射線科 (TEL 0745-32-0505 内線 2141)