

心臓造影C T検査を受けられる患者様へ

氏名 様

生年月日： 年 月 日生 性別：

予約時間： 年 月 日（ ） 時 分

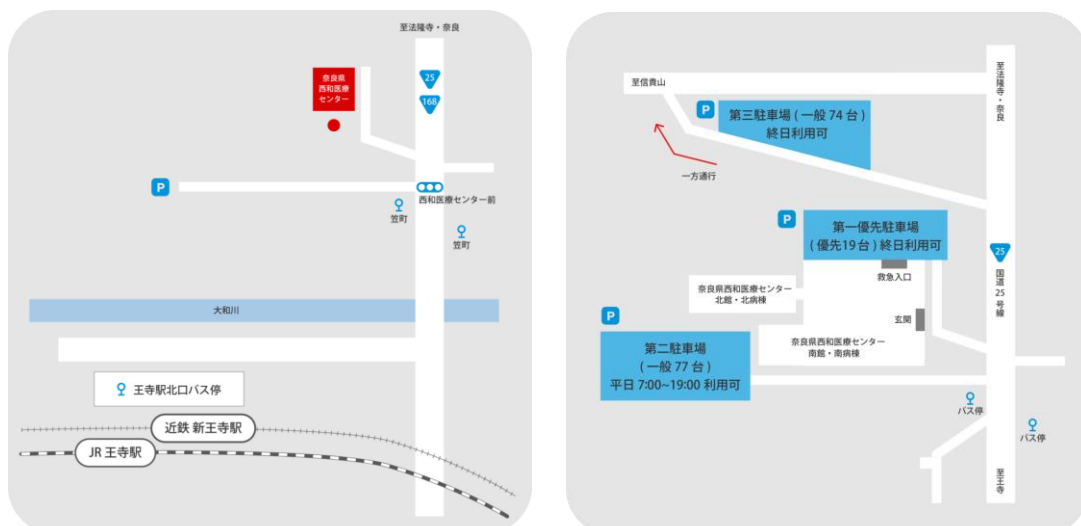
- ◆ 検査部位は（ ）です。
- ◆ 上記予約時間の **70 分前**までにこの用紙と診察券をご持参の上、再来受付機を通り中央放射線部受付までお越し下さい。（但し、土曜日及び平日 17:30 以降のご予約の場合は、救急外来守衛室までお越し下さい。）
- ◆ 検査当日は **2 時間前より絶食**をお願い致します。

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。

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、ご紹介元のクリニック及び中央放射線部までご連絡下さい。
- ・ ご不明な点がある方は、平日の 9：00～16：30 の間に中央放射線部までご連絡下さい。



■ マイナンバーカードの健康保険証の利用について
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

手術 麻酔 特殊検査 治療 内容説明・同意書

患者氏名： _____ 様 （生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）

に対する手術、麻酔、処置、特殊検査、治療につき、以下の内容をご理解の上ご署名下さい。

1. 症状または診断名： _____

2. 手術・麻酔・特殊検査・治療法の名称： _____

3. 実施予定日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 説明内容

1) 説明事項

- ① 病名・病態
 - ② 医療行為の目的・内容・必要性・有効性
 - ③ 合併症・偶発症の発生率（自施設または学会データに基づく）および偶発症発生時の対応
 - ④ 代替可能な方法、およびそれに伴う合併症・偶発症とその発生率 ※1
 - ⑤ 当該医療を行わなかった場合に予想される経過
 - ⑥ 治療費（各種公費医療制度、高額療養費制度等を含む） ※2
 - ⑦ 同意の撤回はいつでもできること、同意を撤回する時の連絡先
- ※1 最近の発生率等のデータがない場合があります
- ※2 治療費に関して詳しくお知りになりたい場合は医事課職員から説明いたします。

2) 患者さんの権利について

＜選択の自由について＞ この手術・麻酔・特殊検査・治療法を承諾されるかどうかは、あなたの意思が尊重されます。承諾されない場合でも、診療において不利益な扱いを受けることはありません。

＜セカンドオピニオンについて＞ 現在のあなたの病状や治療方針について、他の専門医の意見を聞くことも可能です。ご相談頂ければ必要な資料をご提供いたします。

＜同意の撤回について＞ 同意をされた場合でも撤回することができます。その旨を担当者へご連絡ください。
同意を撤回する時の連絡先（0745－32－0505 外来診療科または患者支援センター）

ご本人、および関係者の方に対して、前項の各事項を説明いたしました。
なお詳細については説明用補助資料に記載いたしました。

ご不明な点やご質問があれば遠慮なくお尋ねください。

連絡先：（ 0745－32－0505 外来診療科または患者支援センター ）

説明日時：西暦 年 月 日 時 分 ～ 時 分

説明場所： _____

説明医師：所 属 _____

氏 名 _____ (印もしくは署名 _____)

ご紹介元施設側 同席者 ☐ あり ☐ なし

同席者署名：(医師 ・ 看護師 ・ _____) _____

私は、上記事項について十分な説明を受け、さらに、質問する機会もあり、その内容に関して理解しました。その上で、上記 ☐ 手術 ☐ 麻酔 ☐ 特殊検査 ☐ 治療 を受けることを希望します。

また、医療者が適切かつ必要と認められる場合、同意した手術・麻酔・特殊検査・治療について追加・変更・中止がおこなわれることにも同意をいたします。

同意日：西暦 年 月 日

本人署名： _____

意識障害・病状・年齢等によりご本人に同意能力がない場合や署名困難な場合は代諾者が署名下さい。同意や署名が可能な場合でも未成年者の場合には代諾者の署名をお願いいたします。

代諾者署名： _____ (続柄： _____)

ご本人が成人であり同意の上でご署名された場合、代諾者の署名は不要ですが、同席者の署名をお願いいたします。

同席者署名： _____ (続柄： _____)

奈良県西和医療センター院長 殿

検査についての問診表

氏名

様

検査日

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。 ☐いいえ ☐はい
2. (はいの方) 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. (はいの方) 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。 ☐いいえ ☐はい
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・食べ物はありますか。 ☐いいえ ☐はい
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？ ☐いいえ ☐はい
薬剤名 ()
6. 今まで採血結果で腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか？ ☐いいえ ☐はい
7. 現在、気管支ぜんそくの治療中ですか？
また、過去に気管支ぜんそくと言われたことはありますか？ ☐いいえ ☐はい
8. 肝臓の機能が悪いと言われたことがありますか？ ☐いいえ ☐はい
9. 現在、糖尿病の投薬治療中ですか？ (お薬の名称：) ☐いいえ ☐はい
10. インスリンポンプや持続グルコース測定器(リブレ)を装着していますか。 ☐いいえ ☐はい
11. 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。 ☐いいえ ☐はい
12. 現在、妊娠中または授乳中ですか。
☐いいえ ☐妊娠中 ☐授乳中 ☐わからない
13. 最近の身長と体重を教えてください。 _____ cm _____ kg
14. その他、質問があれば検査当日にスタッフにお尋ねください。

スタッフ確認用 担当者

ヨード造影剤の使用と副作用について

ID

氏名 様

検査日

今回あなたが受けられる造影 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。CT 検査に用いる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、じんましんなど、 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。しかしも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、手術／麻酔／特殊検査／治療 内容説明・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。

心臓 CT 検査説明書

ID

氏名	様
----	---

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。

検査名：心臓造影 CT 検査

検査予定日：

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。患者さま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。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います。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：検査予約時間の 2 時間前から絶食してください。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。糖尿病のかたで内服薬を服用中、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。

検査の説明に御納得された方は、同意書に御署名の上、検査当日に検査室に御提出ください。御納得が得られない場合には検査は中止します。また、同意書を提出された後でも検査の中止はできますので、いつでも御申し出ください。

心臓 C T 検査を受けられる患者様へ

ID

氏名	様
----	---

検査予定日：

— 注意事項 —（必ずお読みください）

(1) 検査当日は、この用紙と診察券を持って、予約時間の 70 分前までに再来受付機を通り放射線科受付へお越しください。

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。

(2) 予約時間は、だいたいの予定時間ですので、しばらくお待ちいただくことがあります。又、来院出来ない場合は、至急にお電話ください。

（検査中止、変更等は放射線科受付までお願いします。）

(3) 検査当日は、検査予約時間の 2 時間前から食事はしないでください。

※ 以下の事に注意してください。

- ・お茶、白湯、水は飲んでもかまいません。（水分は制限しないでください）
- ・糖尿病の方で薬の内服、又は注射をしている方は、主治医に絶食時の薬の飲み方、量を確認してください。
- ・高血圧の薬は飲んでください。
- ・他の薬も普段どおりに飲んで下さい。（不明な点はお尋ねください）

(4) 妊娠の可能性がある方は受付時（検査前）、必ず申し出てください。

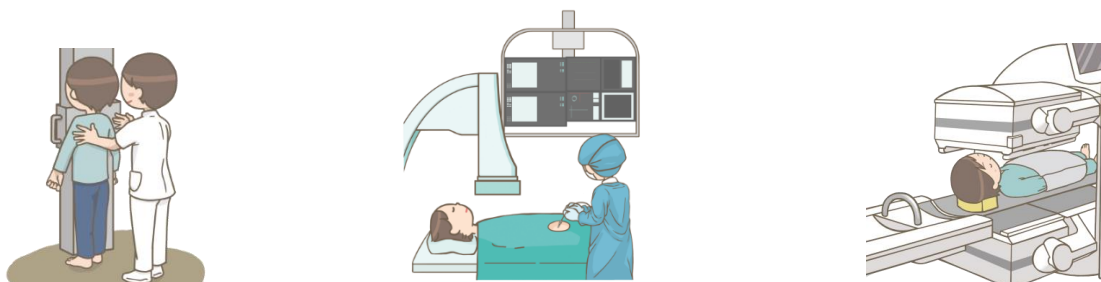
(5) 検査予約日までに入院される場合は、この予約票を入院時に詰所に提出して、西和医療センター放射線科に連絡してください。

※ 検査部位によっては、検査前に湿布、エレキバン、コルセット等をはずしていただきます。

※ 当日他科も受診される方は、当科の検査が終わってから総合受付で申し込みをしてください。

奈良県西和医療センター放射線科（TEL0745－32－0505 内線 2141）

奈良県西和医療センター中央放射線部では放射線(レントゲン)を使って検査や治療を行います。



医療で使う放射線は見えない病変を写し出すことができ、診療に必要なものです。

放射線は身体に影響があるとされていますが、下の 2 つの理由で安心して検査や治療を受けていただけます。



- ① 主治医は、あなたの病気やケガの正しい診断をするために、必要な検査や治療のみを行います。不必要な回数の放射線検査をすることはありません。
- ② 中央放射線部では、装置の点検管理を行い必要最小限の放射線で検査や治療ができるように努めています。不必要な量の放射線を使うことはありません。



*疑問のある方は 主治医までお問い合わせください。