

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: 20 y/年 m/月 d/日 Time 予約時間: :

Name of the referring institution 紹介元ご施設名: _____

Name 氏名: _____ Date of birth 生年月日: _____

A medication called an iodine-contrast agent will be injected during the CT scan.

ヨード造影剤と呼ばれる薬剤を注射してCT検査を行います。

1. Purpose of contrast CT scan 造影CT検査の目的について

Purpose: In addition to normal CT scan, it is performed to examine the status of tumor and/or blood vessels more closely.

目的 通常のCT検査に加え、腫瘍や血管の状態をより詳しく診断するために行います。

2. Adverse reactions, risks and complications of contrast agent 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

The two types of side effects from contrast agent are as follows: 造影剤の副作用として以下の2つがあります。

i <Immediate adverse reactions 即時性副作用>

These occur immediately after its administration (immediately after administration - within 30 minutes).

Vomiting · nausea · headache · rash · itching · swelling of hands and feet and/or cold sweat may occur.

(Frequency, 1 person in 100 to 200 people)

In addition, severe life threatening symptoms such as dyspnea or shock may occur.

(Frequency, 1 person in 10,000 to 20,000 people)

Very rarely, as with other medications, there are reports of deaths at the rate of 1 person in 100 thousand to 200 thousand people. *Please let us know if you feel unwell.

投与後すぐ(投与直後～30分以内)に起こります。嘔吐・嘔気・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。(頻度100人～200人に1人)

また、呼吸困難・ショックなど生命に関わる重篤な症状が出ることもあります。(頻度1万人～2万人に1人)

非常に稀に他の薬剤と同様10万～20万人に1人の割合で死亡例の報告もあります。*異常を感じた場合はお知らせください。

ii <Delayed adverse reactions 遅発性副作用>

These occur from 30 minutes to several days after the administration of the contrast agent.

Rashes, redness, nausea, vomiting, blood pressure drops and headaches etc. may occur. In most cases, there is no need for treatment, but please contact the hospital promptly if you think you have a symptom that could be an adverse reaction.

造影剤使用後約30分後から数日後に現れます。

発疹・発赤・悪心・嘔吐・血圧低下・頭痛などが現れます。ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、副作用と思われる症状があれば速やかに病院の方へご連絡ください。

3. For patients who need to be cautious when using contrast agent (Please inform us, if any of the below is applicable)

造影剤を使用することに対し、注意が必要な患者様(該当する場合はお申し出ください)

① If you have a history of adverse reactions from contrast agents. 造影剤の副作用歴のある方

② If you have a severe thyroid dysfunction. 重篤な甲状腺機能障害のある方

③ If you have kidney problems. 腎臓の機能に障害がある方

④ If you have bronchial asthma. 気管支喘息のある方

⑤ If you are taking medication for diabetes. 糖尿病薬を服用している方

(Biguanide type diabetes medicines: Metgluco/Metformin hydrochloride/Glycoran/Nelbis/Medet/Metact/Dibetos/Dibetone S/Buformin hydrochloride etc.)

(ビグアナイド系糖尿病薬: ムグルコ・メホルミン塩酸塩・グリコラン・ネルビス・メデット・メタクト・ジベトス・ジベトンS・塩酸ブホルミン 等)

Medical Corporation Tokushukai Chubu Tokushukai Hospital

801 Higa, Nakagusuku-son, Nakagami-gun, Okinawa

TEL: 098-923-1091

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: 20 y/年 m/月 d/日 Time 予約時間: :

Name of the referring institution 紹介元施設名: _____

Name 氏名: _____ Date of birth 生年月日: _____

4. Predicting adverse reactions of contrast agent and emergency procedures 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

There is currently no method to investigate whether a contrast agent may cause adverse reactions.

In the hospital, we perform examinations fully prepared to treat adverse reactions, in case of an emergency, we will perform the best treatment.

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。
当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

5. Withdrawal of consent form 同意書撤回について

You can withdraw your consent at any time before the examination begins, please let us know beforehand.

この同意書は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

6. Alternative examinations when you do not agree to this consent 同意書に同意いただけない場合の代替検査

If you do not agree to the use of the contrast agent, plain CT scan (without contrast agent) will be performed.

造影剤使用に同意いただけない場合、単純CT検査(造影剤を用いない)にて検査を行う場合があります。

Other その他

① In rare cases, the contrast agent leaks out of the blood vessels and it may cause pain. The leaked contrast agent will soon be absorbed. If there is severe swelling, you will need treatment.

まれに造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になります。

② Even if you have not had an adverse reaction in the previous examination (with contrast agent), there is a possibility that you will have one.

前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

③ Obtaining consent form is required each examination, even though you have had the same examinations before. 同じ検査を繰り返し行う場合は、検査毎に同意書が必要です。

④ If you have any concerns or questions please ask your doctor, a nurse and/or a radiological technologist.

その他、気になることがある方は、医師・看護師・放射線技師までご相談ください。

Medical Corporation Tokushukai Chubu Tokushukai Hospital

801 Higa, Nakagusuku-son, Nakagami-gun, Okinawa

TEL: 098-923-1091

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: 20 y/年 m/月 d/日 Time 予約時間: :

Name of the referring institution 紹介元ご施設名: _____

Name 氏名: _____ Date of birth 生年月日: _____

*** Please be sure to bring your Explanation form, Consent form and Questionnaire on the day of your examination, and submit them at the reception of the Radiology department. *検査当日、説明書、同意書及び問診票は必ず持参し、放射線科受付へ提出してください。**

I have received and understood the explanation about the necessity of the contrast agent and the possibility of side effects. I agree to take the intravascular injection of the contrast agent. Additionally, if any adverse reactions occur, I agree to receive the necessary treatment.

私は造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。
私は造影剤の血管内注射に同意します。
また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

y/年 m/月 d/日 Time 時間: _____

Patient signature

本人氏名: _____

Patient's representative

代筆者・代諾者: _____

Relationship

患者との続柄: _____

To : Chubu Tokushukai Hospital Director
中部徳洲会病院院長 殿

-以下紹介元医師記入欄- Referring Doctor fills in below

○ Explanation Date 説明日: _____ y/年 m/月 d/日 Time 時間: _____

○ Name of the referring institution 紹介元ご施設名: _____

○ Signature of the doctor provided the explanation 説明医師自筆ご署名: _____

*Please make sure to have the signature of the explaining doctor.

説明医師自筆署名を必ずお願い致します。

Medical Corporation Tokushukai Chubu Tokushukai Hospital
801 Higa, Nakagusuku-son, Nakagami-gun, Okinawa TEL: 098-923-1091

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: 20 y/年 m/月 d/日 Time 予約時間: :

Name of the referring institution 紹介元ご施設名: _____

Name 氏名: _____ Date of birth 生年月日: _____

Before performing CT scan or urography with contrast agent, we would like to assess your physical condition.

Please answer the following questions to the best of your knowledge:

造影剤を用いるCT検査または尿路造影を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

● Please the appropriate boxes to answer each question that apply to you. あてはまるものにチェックしてください。

1. Have you ever had an examination with a contrast agent (injection / IV)?

今まで、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?

No なし Yes あり → CT Urography 尿路造影 Cholangiography 胆道造影 Angiography 血管造影 MRI

2. Were there any side effects at that time? その時、副作用はありましたか?

No なし Yes あり → Rash 発疹 Itchiness かゆみ Nausea 吐き気 Vomiting 嘔吐 Headache 頭痛
 Other その他 ()

3. Have you ever felt sick caused by oral medications or injections?

飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか?

No なし Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい ()

4. Have you ever been diagnosed with asthma? 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか?

No なし Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい ()

5. Do you have allergies or allergic diseases? アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか?

No なし Yes あり → Hives じんましん Atopic dermatitis アトピー性皮膚炎 Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
 Medication allergy 薬のアレルギー Medication name 薬剤名: ()
 Food Allergy 食物のアレルギー Food 食物名: ()
 Other その他 ()

6. Have you ever been diagnosed with kidney failure or other kidney diseases?

腎臓の働きが悪い(腎不全)などといわれたことはありますか?

No なし Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい ()

7. Have you ever been diagnosed with any of the following diseases: Hyperthyroidism (Graves' disease), myeloma, macroglobulinemia, tetany or pheochromocytoma?

甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患の診断を受けたことがありますか?

No なし Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい ()

8. Do you take medicines for diabetes? If you are taking a biguanide diabetes medicine, please follow the instructions of the doctor.

糖尿病の薬を飲んでいますか? ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、必ず医師の指示に従って下さい。

No なし Yes あり → Medication name 薬剤名: ()

9. Are you pregnant or possibly pregnant? 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか?

No なし Yes あり I don't know わからない

10. Please fill in your weight. 体重をご記入ください。 (_____ kg)

Please note that a contrast agent may not be used based on the decision of the doctor in charge of your examination and/or radiologist.

検査担当医・放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: 20 y/年 m/月 d/日 Time 予約時間: :

Name of the referring institution 紹介元ご施設名: _____

Name 氏名: _____ Date of birth 生年月日: _____

A medication called an iodine-contrast agent will be injected during the CT scan.

ヨード造影剤と呼ばれる薬剤を注射してCT検査を行います。

1. Purpose of contrast CT scan 造影CT検査の目的について

Purpose: In addition to normal CT scan, it is performed to examine the status of tumor and/or blood vessels more closely.

目的 通常のCT検査に加え、腫瘍や血管の状態をより詳しく診断するために行います。

2. Adverse reactions, risks and complications of contrast agent 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

The two types of side effects from contrast agent are as follows: 造影剤の副作用として以下の2つがあります。

i <Immediate adverse reactions 即時性副作用>

These occur immediately after its administration (immediately after administration - within 30 minutes).

Vomiting · nausea · headache · rash · itching · swelling of hands and feet and/or cold sweat may occur.

(Frequency, 1 person in 100 to 200 people)

In addition, severe life threatening symptoms such as dyspnea or shock may occur.

(Frequency, 1 person in 10,000 to 20,000 people)

Very rarely, as with other medications, there are reports of deaths at the rate of 1 person in 100 thousand to 200 thousand people. *Please let us know if you feel unwell.

投与後すぐ(投与直後～30分以内)に起こります。嘔吐・嘔気・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。(頻度100人～200人に1人)

また、呼吸困難・ショックなど生命に関わる重篤な症状が出ることもあります。(頻度1万人～2万人に1人)

非常に稀に他の薬剤と同様10万～20万人に1人の割合で死亡例の報告もあります。*異常を感じた場合はお知らせください。

ii <Delayed adverse reactions 遅発性副作用>

These occur from 30 minutes to several days after the administration of the contrast agent.

Rashes, redness, nausea, vomiting, blood pressure drops and headaches etc. may occur. In most cases, there is no need for treatment, but please contact the hospital promptly if you think you have a symptom that could be an adverse reaction.

造影剤使用後約30分後から数日後に現れます。

発疹・発赤・悪心・嘔吐・血圧低下・頭痛などが現れます。ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、副作用と思われる症状があれば速やかに病院の方へご連絡ください。

3. For patients who need to be cautious when using contrast agent (Please inform us, if any of the below is applicable)

造影剤を使用することに対し、注意が必要な患者様(該当する場合はお申し出ください)

① If you have a history of adverse reactions from contrast agents. 造影剤の副作用歴のある方

② If you have a severe thyroid dysfunction. 重篤な甲状腺機能障害のある方

③ If you have kidney problems. 腎臓の機能に障害がある方

④ If you have bronchial asthma. 気管支喘息のある方

⑤ If you are taking medication for diabetes. 糖尿病薬を服用している方

(Biguanide type diabetes medicines: Metgluco/Metformin hydrochloride/Glycoran/Nelbis/Medet/
Metact/Dibetos/Dibetone S/Buformin hydrochloride etc.)

(ビグアナイド系糖尿病薬: ムグルコ・メホルミン塩酸塩・グリコラン・ネルビス・メデット・メタクト・ジベトス・ジベトンS・塩酸ブホルミン 等)

Medical Corporation Tokushukai, Chubu Tokushukai Hospital

801 Higa, Nakagusuku-son, Nakagami-gun, Okinawa

TEL: 098-923-1091

30_造CT_ver.2.0

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: 20 y/年 m/月 d/日 Time 予約時間: :

Name of the referring institution 紹介元施設名: _____

Name 氏名: _____ Date of birth 生年月日: _____

4. Predicting adverse reactions of contrast agent and emergency procedures 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

There is currently no method to investigate whether a contrast agent may cause adverse reactions.

In the hospital, we perform examinations fully prepared to treat adverse reactions, in case of an emergency, we will perform the best treatment.

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

5. Withdrawal of consent form 同意書撤回について

You can withdraw your consent at any time before the examination begins, please let us know beforehand.

この同意書は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

6. Alternative examinations when you do not agree to this consent 同意書に同意いただけない場合の代替検査

If you do not agree to the use of the contrast agent, plain CT scan (without contrast agent) will be performed.

造影剤使用に同意いただけない場合、単純CT検査(造影剤を用いない)にて検査を行う場合があります。

Other その他

① In rare cases, the contrast agent leaks out of the blood vessels and it may cause pain. The leaked contrast agent will soon be absorbed. If there is severe swelling, you will need treatment.

まれに造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になります。

② Even if you have not had an adverse reaction in the previous examination (with contrast agent), there is a possibility that you will have one.

前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

③ Obtaining consent form is required each examination, even though you have had the same examinations before. 同じ検査を繰り返し行う場合は、検査毎に同意書が必要です。

④ If you have any concerns or questions please ask your doctor, a nurse and/or a radiological technologist.

その他、気になることがある方は、医師・看護師・放射線技師までご相談ください。

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: 20 y/年 m/月 d/日 Time 予約時間: :

Name of the referring institution 紹介元ご施設名: _____

Name 氏名: _____ Date of birth 生年月日: _____

*** Please be sure to bring your Explanation form, Consent form and Questionnaire on the day of your examination, and submit them at the reception of the Radiology department. *検査当日、説明書、同意書及び問診票は必ず持参し、放射線科受付へ提出してください。**

I have received and understood the explanation about the necessity of the contrast agent and the possibility of side effects. I agree to take the intravascular injection of the contrast agent. Additionally, if any adverse reactions occur, I agree to receive the necessary treatment.

私は造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。
私は造影剤の血管内注射に同意します。
また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

y/年 m/月 d/日 Time 時間: _____

Patient signature

本人氏名: _____

Patient's representative

代筆者・代諾者: _____

Relationship

患者との続柄: _____

To : Chubu Tokushukai Hospital Director
中部徳洲会病院院長 殿**-以下紹介元医師記入欄- Referring Doctor fills in below**

○ Explanation Date 説明日: _____ y/年 m/月 d/日 Time 時間: _____

○ Name of the referring institution 紹介元ご施設名: _____

○ Signature of the doctor provided the explanation 説明医師自筆ご署名: _____

*Please make sure to have the signature of the explaining doctor.

説明医師自筆署名を必ずお願い致します。

Medical Corporation Tokushukai Chubu Tokushukai Hospital

801 Higa, Nakagusuku-son, Nakagami-gun, Okinawa

TEL: 098-923-1091

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: _____ y/年 _____ m/月 _____ d/日 Time 予約時間: _____ :

Name of the referring institution 紹介元ご施設名: _____

Name 氏名: _____ Date of birth 生年月日: _____

Before performing CT scan or urography with contrast agent, we would like to assess your physical condition.

Please answer the following questions to the best of your knowledge:

造影剤を用いるCT検査または尿路造影を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

● Please the appropriate boxes to answer each question that apply to you. あてはまるものにチェックしてください。

1. Have you ever had an examination with a contrast agent (injection / IV)?

今まで、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？

No なし Yes あり → CT Urography 尿路造影 Cholangiography 胆道造影 Angiography 血管造影 MRI

2. Were there any side effects at that time? その時、副作用はありましたか？

No なし Yes あり → Rash 発疹 Itchiness かゆみ Nausea 吐き気 Vomiting 嘔吐 Headache 頭痛

Other その他 (_____)

3. Have you ever felt sick caused by oral medications or injections?

飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？

No なし Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい (_____)

4. Have you ever been diagnosed with asthma? 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか？

No なし Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい (_____)

5. Do you have allergies or allergic diseases? アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

No なし Yes あり → Hives じんましん Atopic dermatitis アトピー性皮膚炎 Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎

Medication allergy 薬のアレルギー Medication name 薬剤名: (_____)

Food Allergy 食物のアレルギー Food 食物名: (_____)

Other その他 (_____)

6. Have you ever been diagnosed with kidney failure or other kidney diseases?

腎臓の働きが悪い(腎不全)などといわれたことはありますか？

No なし Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい (_____)

7. Have you ever been diagnosed with any of the following diseases: Hyperthyroidism (Graves' disease), myeloma, macroglobulinemia, tetany or pheochromocytoma?

甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患の診断を受けたことがありますか？

No なし Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい (_____)

8. Do you take medicines for diabetes? If you are taking a biguanide diabetes medicine, please follow the instructions of the doctor.

糖尿病の薬を飲んでいますか？ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、必ず医師の指示に従って下さい。

No なし Yes あり → Medication name 薬剤名: (_____)

9. Are you pregnant or possibly pregnant? 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

No なし Yes あり I don't know わからない

10. Please fill in your weight. 体重をご記入ください。 (_____ kg)

Please note that a contrast agent may not be used based on the decision of the doctor in charge of your examination and/or radiologist.

検査担当医・放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。