

造影剤を使用するCT検査に関する説明書 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____

ヨード造影剤と呼ばれる薬剤を注射をしてCT検査を行います。

1. 造影CT検査の目的について
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. 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について
造影剤の副作用として以下の2つがあります。

i <即時性副作用>

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 <遅発性副作用>

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 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下さい)

- ① 造影剤の副作用歴のある方 ② 重篤な甲状腺機能障害のある方
- ③ 腎臓の機能に障害がある方 ④ 気管支喘息のある方
- ⑤ 糖尿病薬を服用している方

(ピグアナイド系糖尿病薬: ムトグルコ・メホルミン塩酸塩・グリロラン・ネルピス・メデット・メタクト・ジベトス・ジベトンS・塩酸プロホルミン 等)

4 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

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 同意書撤回について

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 同意書に同意いただけない場合の代替え検査

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。

その他

- ① 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 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 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 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。

医療法人徳洲会 中部徳洲会病院

沖縄県中頭郡北中城村字比嘉801番地 TEL: 098-923-1091

造影剤を使用するCT検査に関する同意書 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____

*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。

私は造影剤に関してその必要性和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。

_____ 年 月 日 時 分

本人氏名: _____

代筆者・代諾者 氏名: _____ 患者との続柄: _____

中部徳洲会病院院長 殿

-以下 紹介元医師記入欄-

○説明日: _____ 年 月 日 時 分

○紹介元ご施設名: _____

○説明医師自筆ご署名: _____

説明医師自筆署名を必ずお願いいたします。

造影剤を使用するCT検査に関する問診票 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____

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。

- あてはまるものにチェックしてください。
1. 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？
 なし あり→ CT検査 尿路造影 胆道造影 血管造影 MRI検査
 2. その時、副作用はありましたか？
 なし あり→ 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛 その他 ()
 3. 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？
 なし あり→ 具体的にお書き下さい ()
 4. 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？
 なし あり→ 具体的にお書き下さい ()
 5. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
 なし あり→ じんましん アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
 薬のアレルギー 薬剤名: ()
 食物のアレルギー 食物名: ()
 その他 ()
 6. 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？
 なし あり→ 具体的にお書き下さい ()
 7. 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？
 なし あり→ 具体的にお書き下さい ()
 8. 糖尿病の薬を飲んでいますか？
ビッ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。
 なし あり→ 薬剤名 ()
 9. 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？
 なし あり わからない
 10. 体重をご記入ください。 (_____ kg)

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。

造影剤を使用するCT検査に関する説明書 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名:

氏名: 様 生年月日:

ヨード造影剤と呼ばれる薬剤を注射をしてCT検査を行います。

1. 造影CT検査の目的について
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. 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について
造影剤の副作用として以下の2つがあります。

i <即時性副作用>

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 <遅発性副作用>

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 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下さい)

- ① 造影剤の副作用歴のある方
- ② 重篤な甲状腺機能障害のある方
- ③ 腎臓の機能に障害がある方
- ④ 気管支喘息のある方
- ⑤ 糖尿病薬を服用している方

(ビグアナイド系糖尿病薬:メグルコ・メホルミン塩酸塩・グリロラン・ネルビス・メデット・メタクト・ジベトス・ジベトンS・塩酸プロホルミン 等)

4 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

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 同意書撤回について

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 同意書に同意いただけない場合の代替え検査

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。

その他

- ① 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 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 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 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。

医療法人徳洲会 中部徳洲会病院

沖縄県中頭郡北中城村字比嘉801番地 TEL : 098-923-1091

造影剤を使用するCT検査に関する同意書 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____

*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。

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。

_____ 年 月 日 時 分

本人氏名: _____

代筆者・代諾者 氏名: _____ 患者との続柄: _____

中部徳洲会病院院長 殿

-以下 紹介元医師記入欄-

○説明日: _____ 年 月 日 時 分

○紹介元ご施設名: _____

○説明医師自筆ご署名: _____

説明医師自筆署名を必ずお願いいたします。

造影剤を使用するCT検査に関する問診票 (院外紹介用)

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____

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。

● あてはまるものにチェックしてください。

1. 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？

 なし あり→ CT検査 尿路造影 胆道造影 血管造影 MRI検査

2. その時、副作用はありましたか？

 なし あり→ 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛 その他 ()

3. 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？

 なし あり→ 具体的にお書き下さい ()

4. 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？

 なし あり→ 具体的にお書き下さい ()

5. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

 なし あり→ じんましん アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
 薬のアレルギー 薬剤名: ()
 食物のアレルギー 食物名: ()
 その他 ()

6. 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？

 なし あり→ 具体的にお書き下さい ()

7. 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？

 なし あり→ 具体的にお書き下さい ()

8. 糖尿病の薬を飲んでいますか？

 なし あり→ 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。

 なし あり→ 薬剤名 ()

9. 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

 なし あり わからない

10. 体重をご記入ください。(_____ kg)

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。

医療法人徳洲会 中部徳洲会病院

沖縄県中頭郡北中城村字比嘉801番地 TEL: 098-923-1091