

# CT検査についての御注意

患者ID \_\_\_\_\_  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 様  
生年月日 \_\_\_\_\_

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
検査時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分  
来院時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分  
担当医師名 \_\_\_\_\_

1. 食事制限に関しては

**朝食** ( 可 ・ 不可 )      **昼食** ( 可 ・ 不可 )

※水分(水・お茶)は自由にとっていただいて構いません

2. 服薬に関しては

**朝食時** ( 可 ・ 不可 )      **昼食時** ( 可 ・ 不可 )

・ **糖尿病の内服薬とインスリンについては処方医(主治医)に相談してください**  
( )

なお、予約までの間にお薬の変更があった場合は処方医の指示に従ってください

3. 検査当日は更衣しやすく可能な限りボタン・金具などが  
ない服装・下着でお越しください

4. 取り外しが可能な体内外金属(義歯・アクセサリ等)は  
検査に応じて外させていただく可能性があります

5. 心臓ペースメーカー、ICD(植え込み型除細動器)などを装着されている  
方はお申し出ください

6. 妊娠の可能性のある方はお申し出ください

7. 検査結果は主治医にお尋ねください

8. 緊急検査及び機械の調整等で止むなくして予約日時の変更、もしくは  
検査時間が遅れる場合がありますので、予めご了承ください

9. 検査予定時刻の30分前までに来院してください

10. 予約を変更される場合は検査前日までに下記へご連絡ください

〈予約に関するお問い合わせ〉 受付時間 13:00~15:00

朝日大学病院

電話番号 058-253-8001 (代表)

# CT等のヨード系造影検査を受けられる方への説明書

患者ID

患者氏名 様

生年月日

## 【造影剤とは】

詳しく検査をする際に用いる検査用薬剤です。

造影検査ではヨード製剤を用います。

## 【造影検査の目的】

造影検査で造影剤を用いることにより、検査画像に濃度差（コントラスト）がつき、より詳細な検査結果や情報を得ることができます。

これにより、病気の状態をより正確に明らかにして、今後の治療に役立てます。

## 【造影剤使用による副作用・危険性】

### ① 造影剤による副作用

**急性副作用：検査中や検査直後の早い時期に発生します**

（軽症）吐き気、嘔吐、じんましん、発疹など（100～200人に1人）

（重症）血圧低下、呼吸困難、意識消失など（1万人～2万人に1人）

（極めてまれ）病状・体質によって、死亡する場合があります（10万人～20万人に1人）

**遅発性副作用：検査数時間後～1週間後くらいに発生します**

発疹やかゆみなどの症状が出る場合がありますが、軽症のことが多いです。

\*当院では、副作用に対応できる体制で検査を行い、緊急時には最善の処置を施行いたします。

### ② 造影剤の漏れ

造影剤の注入に伴い、まれに血管外に漏れることがあります。

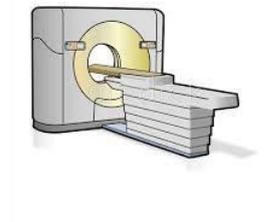
この場合、注射部位が腫れて痛みを感じる場合があります。ただちにお知らせください。

一般的には数日以内に吸収されます。

極めて稀に、手のしびれや皮膚の変色を伴うことがあります、別の処置が必要となります。

## 【造影剤を使用することに対し、注意が必要な方】

- ・造影剤の副作用歴のある方
- ・重篤な甲状腺機能障害のある方
- ・腎臓、肝臓、心臓の機能に障害のある方
- ・気管支喘息のある方
- ・ビグアナイド系糖尿病薬を服用している方



- 〔メトグルコ、グリコラン、メデット、ネルビス、メトホルミン塩酸塩、イニシンク配合  
メタクト、ジベトス、ジベトンS、エクメット

【休薬期間】（薬品名： / ~ / ）

## 【その他注意事項】

- ・検査中は息止めや体を動かさないなどの制約があります。
- ・検査では検査着に着替えていただく場合があります。着替えのしやすい服装でお越しください。
- ・検査前4時間は飲食しないでください。（水かお茶はお飲みいただけます。）
- ・禁忌、原則禁忌の場合でも必要があれば造影検査を施行する場合があります。

朝日大学病院 電話番号 058-253-8001（代表）

CT等ヨード系造影検査問診票および同意書

患者ID	検査日
患者氏名 様	検査名 造影CT 血管造影 脊髄造影
生年月日	説明医師 (同席者 )
e-GFR値 ml/min	判定医師 (判定) 可・不可
体重 kg	コメント
	放射線部確認者

【問診票】 下記の問いについてあてはまる所・項目に○を記入してください。

1. 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことはありますか？ ( はい いいえ )

発疹 かゆみ 吐気 咽頭不快 頭痛 その他 ( )

2. 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことはありますか？ ( はい いいえ )

\* 「はい」の場合 薬品名を記入してください。(薬品名: )

3. 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか？ ( はい いいえ )

4. アレルギーはありますか？ ( はい いいえ )

食物 薬物 花粉症 その他 ( )

5. 腎臓が悪いといわれたことはありますか？ ( はい いいえ )

\* 「はい」の場合 病名を記入してください。(病名: )

6. 甲状腺の病気と診断されたことはありますか？ ( はい いいえ )

\* 「はい」の場合 病名を記入してください。(病名: )

7. 以下の疾患の診断を受けたことはありますか？ ( はい いいえ )

骨髄腫・マクログロブリン血症・テタニー・褐色細胞腫・心疾患・肝疾患

8. 糖尿病の薬を飲んでいますか？ ( はい いいえ )

\* 「はい」の場合 薬品名を記入してください。(薬品名: )

\* 糖尿病薬を服用されている方は、検査後の休薬が必要な場合があります。

医師にご相談ください。

【休薬期間】 (薬品名: / ~ / )

9. 現在、妊娠中ですか？(可能性も含む) ( はい いいえ )

【同意書】 (問診票の有効期限は3ヶ月です)

このたび、上記の造影検査につきまして説明書を用い説明を受けました。

造影検査の必要性和副作用の可能性を十分理解し、

緊急又は予想外の処置を必要とする場合には、適宜処置を受けることも承諾したうえで、

造影検査の実施に

同意します・同意しません (どちらかを○で囲んでください)

(署名者) 署名日 年 月 日

住所

氏名 患者との続柄 本人・ ( )

連絡先(電話など)

原本の複写を署名者にお渡しいたします。

朝日大学病院