院外用

造影CT検査に関する説明

ご紹介医療機関名：　　カナ：
※ 同意書にも記入をお願いします　　**氏名：**

あなたの検査予約日時は、下記の通りです。
検査日時　　年　　月　　日（　　曜日）午前・午後　　時　　分

検査当日は静岡県立総合病院　正面玄関の2番受付へいらしてください。

1．目的

・X線を利用して身体の断層写真を撮影します。造影剤を使用することでより明瞭に病気を描出することが出来ます。造影剤を注入した後、身体を流れる様子を複数回撮影する場合があります。

・検査時間は15～20分です。

・造影剤を注射すると身体が熱く感じることがあります。正常な反応ですので心配いりません。

2．検査当日の持ち物

□造影CT検査　問診および同意書
　　記入漏れのないよう記載・署名をお願いします。
□お持ちならば静岡県立総合病院の診察券
□紹介状・お薬手帳

3．検査前の注意事項

①食事について
水やお茶などの水分の摂取は可能です。
膵臓・胆嚢の検査の方は検査3時間前から絶食してください。
検査部位が上記以外の方は制限はありません。

②服装について
可能な限り、金属性の付属品の無い服装で来てください。
検査部位に金属がある場合は外していただきます。
服装によっては、検査着への更衣をお願いする場合もあります。

4．その他

①今回の検査において、緊急時にはご本人へ連絡をさせて頂くことがあります。
②当院では、医療被ばく研究情報ネットワークが策定した診断参考レベルを基に、検査に用いる医療放射線の最適化を行っております。

静岡県立総合病院
電話（054）－247－6111

院外用

造影CT検査　説明書

＊内容をよくお読みの上で問診/同意書に記入署名し、検査当日にご持参ください。

1.造影剤CT検査について

造影CT検査ではヨード造影剤を使用します。
過去の造影検査で副作用が出たことがある場合は必ずお申し出ください。場合によっては造影剤を使用しない検査に変更になることがあります。

①造影剤使用禁忌

重度の造影剤アレルギー歴あり
活動性の喘息症例
甲状腺機能亢進症で、治療によるコントロールがされていない方

②原則禁忌（主治医の判断により検査を行うことがあります）

気管支喘息／褐色細胞腫／多発性骨髄腫／テタニー／マクログロブリン血症など

③慎重投与

腎機能低下／薬物過敏症／脱水／糖尿病／甲状腺疾患／高齢者／幼・小児など

2．副作用について

検査時は医師・看護師・放射線技師などが立ち会っております。
検査時に体調の変化を感じたら速やかにお伝えください。

軽い副作用	かゆみ、発疹、悪心、嘔気など	頻度は1%程度です。短時間で軽快しますが、症状に応じて処置します。
遅発性副作用	かゆみ、発疹など	まれに、検査後数時間から数日後に発症することがあります。症状が強い場合は救急外来を受診して下さい。
重篤な副作用	血圧低下、呼吸困難、意識消失など	頻度は0.04%程度で、非常にまれですが入院が必要になることもあります。また重症例では死亡例（40万人に1人程度の頻度）の報告もあります。

3．喘息について

気管支喘息の方は原則造影CTをすることができません（発作誘発の恐れがあり）。
診療上必要な場合は、ステロイド薬を内服し検査を行います。
気管支喘息の発作がある方はお申し出ください。
※　過去5年間　無治療で気管支喘息の発作がない場合や小児喘息が完治している方は、造影CT可能としています。

4．甲状腺疾患がある方は問診票にご記入ください。

症状が安定していれば検査可能です。症状が安定していない場合、症状が悪化する恐れがあります。

5．糖尿病の薬を飲んでいる方は、問診票に薬剤名をご記入ください。

ビグアナイド系の薬は、造影CT検査後48時間は内服を控えてください。

【 グリコラン ／ メデット ／ ネルビス ／ イニシンク ／ ジベトス ／ ジベトンS
メタクト ／ メトグルコ ／ メトホルミン ／ エクメット ／ メトアナ など 】

6．体内に機器を装着している方は問診票にご記入ください。検査対応が異なります。

ペースメーカー	通常どおり検査
植え込型除細動器	心電図をつけて検査
インスリンポンプ・持続血糖測定器	装置を外して検査

7．造影CT検査では血液検査による腎機能の数値が必要です。

原則eGFRが30未満の方は造影剤の使用ができません。（69歳以下かつeGFR60以上の方は6ヶ月以内の数値。70歳以上もしくはeGFR59以下では1ヶ月以内の数値が必要になります。）ただし、規定を満たさない場合でも当院放射線科医が使用可能であると判断した場合は、患者様の同意をいただいた上で造影剤を使用する場合があります。

※　透析中の方は造影検査可能です。

8．妊娠中の方へ

原則、造影剤を用いた検査は行いません。かかりつけの先生にご相談ください。

9．同意書の署名について

・造影剤使用に同意頂ける場合はご本人の署名をお願いいたします。
　なお同意はいつでも撤回可能です。
・ご本人が署名不可の場合は家族の署名が必要となります。続柄もご記入ください。
・未成年者の場合、親権者の署名が必要です。

10．検査のリスク

《造影剤の血管外漏出》

・自動注入器を用いて造影剤を高圧で血管内に投与します。注射は細心の注意を払っておりますが、血管が細い方や肘を伸ばせない方、袖口がきつい場合などは造影剤が血管外に漏れてしまうことがあります。その場合は、漏れた量や状況に応じて適切に対応いたします。ご理解とご協力をお願いいたします。

《神経損傷のリスク》

・造影剤の注射の際に針が細い神経に当たることがあり、通常よりも強い痛みが生じ、しびれや痛みが続くことがあります。ほとんどが数日から数週間で治りますが極めて稀（1万回に1回程度）に症状が長引き、手の動きに障害が残ることもあります。

11．検査後の注意点

《止血》

・検査後はしっかりと止血するため、強めの絆創膏で10分程度の止血をお願いしております。強めの絆創膏は長時間付けていると、かぶれの原因となります。10分後に、お渡しする絆創膏への貼り替えをお願いいたします。

《授乳中の方へ》

・造影剤投与後２４時間は授乳を避けることをお勧めしています。
授乳により乳児に異常が発生した報告は現状ありませんが、造影剤が乳汁へ微量に移行する可能性があるためです。

院外用

カナ:

ご紹介医療機関名:　　患者氏名:

検査日時　　年　　月　　日(　　曜日)

《造影CT検査　問診および同意書》

受付	減量指示・Drサイン mgI/kg

※　消えないように黒のボールペンで太枠内をご記入ください。

1. 体重は何kgですか？					kg
2. 過去に造影剤を用いた検査で、副作用が出たことがありますか？			はい 以下の①～③にご記入ください。		いいえ ・ 今回初めて
	① それはいつごろですか？		年　　月ごろ		
	② 何の検査でしたか？	CT	MRI	血管造影	尿路造影
		その他:			
	③ その時の症状を教えてください。	じんま疹	くしゃみ	嘔気・嘔吐	呼吸困難
		その他:			
3. 喘息発作を起こしたことはありますか？			はい 最終発作は　　年　　月ごろ		いいえ
4. 甲状腺疾患を指摘されたことがありますか？ 薬を飲んでいる方は、薬の名前を記入してください。			はい 具体的な内容: 薬剤名:		いいえ
5. 糖尿病の薬を飲んでいる方は、薬の名前を記入してください。			薬剤名:		なし
6. 右の機器で装着しているものはありますか？ 該当する箇所に〇をつけてください。		ペースメーカー	植込み型除細動器		なし
		植込み型心電計	補聴器		
		インスリンポンプ	持続血糖測定器		
		その他:			
7. アレルギー疾患はありますか？ 該当する箇所に〇をつけてください。		じんま疹	アトピー性皮膚炎		なし
		アレルギー性鼻炎	薬や食物のアレルギー		
		その他:			
8. 腎臓が悪いといわれた事がありますか？			はい 具体的な内容:		いいえ
9. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか？			はい		いいえ
10. 造影剤の使用に関して、必要性とこれに伴う危険性について説明を受け理解し造影検査を受けることに同意しますか。 ※同意はいつでも撤回することができます。			**同意します**　　**同意しません**		
			署名もしくは代理人署名 (続柄)		
御家族の方へ ・ご本人が記載不可の場合は家族の署名・続柄が必要です。 ・未成年の場合、親権者の署名が必要です。 主治医へ ・緊急時に限り、主治医のサインのみでも検査可能です。			(　　) 同意日:　　年　　月　　日		
説明医師					
説明看護師					

静岡県立総合病院
TEL 054-247-6111　内線　4124

問診	投与サイン	主治医立会い
		Dr付き