

《市立吹田市民病院 スーパー病診》 CT 造影検査説明書

食事・水分・薬について

- 食 事：検査予約時刻の3時間前から食事をしないでください。
- 水 分：水分制限のない場合、水かお茶(乳製品はダメ)を積極的に摂取してください。
- 薬：ビグアナイド系糖尿病薬を服用している場合、検査の2日前から2日後(計5日)服用を一時的に中止します。主治医と相談してください。その他の常用薬がある場合も、服用するかどうか主治医と相談してください。

当日の持ち物・検査について

- 当日は検査予約時刻の20分前に2階総合受付の①紹介状窓口へお越しください。
- 同意問診書を持参してください。
- 心臓ペースメーカーや除細動器がある方は手帳を持参してください。
- 脊髄刺激装置がある方はリモコンを持参してください。
- 検査の所用時間は10～20分です。当日の進行状況により開始時刻が遅れることがあります。
- 検査部位によっては金属のついた服・装飾品、入れ歯、補聴器などを外して検査着に着替えていただきます。

CT 造影検査の注意事項

- ヨード造影剤を肘の静脈から注入して検査を行います。造影剤は腎機能が正常であれば注射後24時間でほぼ全てが尿中に排泄されます。
- 次の場合は造影剤を使用できません。
 - ・ヨードまたはヨード造影剤に対し過敏症のある方
 - ・重篤な甲状腺疾患の方(バセドウ病などの甲状腺機能亢進症)
 - ・気管支ぜんそくの方(5年以上発作がない場合、薬でコントロールできている場合は検査可能です。)
- 造影剤を投与すると、まれに副作用が起こります。アレルギー体質の方は約2倍、ぜんそくの方は約10倍、副作用の発現率が高いと報告されています。
 - ・軽い副作用(頻度は約3%)：吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、じんましん、かゆみ、発熱、せき、など
 - ・重い副作用(頻度は約0.004～0.04%)：呼吸困難、血圧低下、ショック、アナフィラキシー様反応など重篤な脳障害や生命の危機を生じることがあります。
- 注入に際して造影剤が血管外に漏れることがあります。注射部がはれて痛みを伴うことがありますが、通常は時間が経過すれば吸収されます。漏れた量が多い場合には処置が必要なこともあります。
- 造影剤の浸透圧の影響で、注入時に全身の熱感が起きることがありますが、注入後はすぐに消失します。
- 腎機能が低下している場合、造影剤の使用により腎機能が更に悪化することがあります。
- 当院では万が一、副作用や合併症が起きても適切な処置を行えるよう万全の体制を整えています。その場合の処置に関しては通常の保険診療となります。
- 妊娠中の造影剤投与に関する安全性は確立していないため、妊娠中の方は主治医と相談してください。
- 授乳による乳児への影響は非常に小さいと考えられるため、授乳制限はありません。
- 造影CT検査を予定されていても、医師の判断で単純CT検査(造影剤を使用しない検査)に変更する場合があります。ご了承ください。
- 同意問診書に署名された後でも、同意の撤回・検査の中止はいつでも可能です。

医療被ばくについて

- CT検査は放射線を使用して体内を撮影します。そのため放射線被ばくがありますが、検査を受けるメリットがリスクを上回ると医師が判断したときに検査が行われます。当院ではAEC(自動露出機構)や逐次近似応用再構成などの技術を用いて、放射線被ばくの低減に取り組んでいます。
- 妊娠している方、またはその可能性のある方は、主治医と相談してください。

予約日時に検査を受けられなくなった場合は、下記へご連絡ください。

市立吹田市民病院 患者支援センター 地域医療連携部門

TEL 06-6387-3311(代表)

当日必要書類

《市立吹田市民病院 スーパー病診》
CT 造影検査同意問診書

市立吹田市民病院 病院長 殿

年 月 日

紹介元担当医（署名）： _____

別紙説明書にて説明を受けました。その内容について

理解した上で同意します。

同意しません。

（必ずどちらかにチェックをしてください）

【CT 造影検査問診】

造影剤の使用量の計算に必要なため、体重をご記入ください。	(Kg)
過去にヨード造影剤を使用して、副作用が出現したことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容：) <input type="checkbox"/> ヨード造影剤の使用は今回が初めて
甲状腺機能亢進症(バセドウ病など)と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容：)
気管支ぜんそくと診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(現在の状況を下記から選んでください) ①5年以上発作なし ②薬でコントロールできている ③現在、発作を起こすことがある(検査不可)
アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容：)
経口糖尿病薬を服用していますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬の名前：)
現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

※以上の質問に“ある”とお答えの方は、造影 CT 検査の他に代わりになる検査がない事と、この検査で得られる利益が、検査による副作用などの不利益よりも大きいことを主治医に確認して、ご納得いただいた上で検査を受けてください。

記

実施する検査・処置内容など：CT 造影検査

同意した日 20 年 月 日

【患者署名】

氏 名： _____

【親族または代理人の署名（患者本人が署名できない場合、患者氏名も記入）】

氏 名： _____

続柄（ ）

患者氏名： _____