

CT検査（単純＋造影CT）を受けられる方へ

4/1項

患者氏名 (カナ記載で構いません)			
予約日	年 月 日 () 曜日	予約時間	(午前・午後) (:)

当日は、検査の **30分前**までに、**C1：放射線科受付** にお越しください。

検査の目的

・この検査は、造影剤を注射してCT撮影を行い、血管や臓器をより鮮明に映し出す検査です。病変の特定や治療方針の決定・評価を目的とする検査です。

検査当日の注意

① 食事は、検査予約時間の**4時間前まで**に済ませ、以降は検査が終わるまで食事は摂らないでください。

※ 飲水は、水分制限のない方は、検査直前まで十分に水分をとってください。

※ カフェインが検査に影響をおよぼすため、検査12時間前は水以外飲まないで下さい。

(○；水・白湯など) (×；コーヒー・緑茶・牛乳・ジュース)

② 服用中のお薬は、医師の指示がない限り いつものように飲んで下さい。

③ **ビグアナイド系糖尿病薬**（メトホルミン・ブホルミンなど）を内服中の方は、

検査前48時間・当日・検査後48時間の計5日間の内服を中止していただきます。

休薬期間 (/ ~ / まで)

④ 当院では、持続グルコース測定機（リブレ等）・インスリンポンプをご使用の場合、取り外して検査を受けていただきます。紹介元の医療機関にて確認ください。

検査後の注意

① 造影剤は、ほとんど尿として排泄されます。水分制限がない方は、十分に水分をとってください。

② 検査後に かゆみ・じんま疹・吐き気・気分不良などの症状が出た場合は、下記まで連絡ください。

③ 帰宅後にも、上記の症状が出た場合は、**「遅発性副作用」**の可能性あります。

その際も下記まで連絡ください。

★事情により予約時間に遅れる または 検査がうけられない場合には、電話でご連絡下さい。

- ・当院で使用するX線用ヨード造影剤にはいくつかの種類があります（オムニパーク、イオパミドール、イオメロン、オプトレイ）
- ・検査の内容に応じて、適切な薬剤を選択いたします。
- ・X線用ヨード造影剤は検査中に静脈より投与し、投与中または投与後より撮像を開始します。
- ・ヨード造影剤は約1日で尿と一緒に体の外に排出されます。

- ・X線用ヨード造影剤には以下の様な副作用が報告されています。
- ・アレルギー歴のない方の副作用の発現率はおよそ2.93%（100人に約3人の割合）です。

副作用の内容		アレルギー歴 (-)	アレルギー歴 (+)
急性	軽症 (悪心や嘔吐、軽度の動悸、軽微な発疹など)	2~3%	6~8%
	中等症 (全身的な発疹、激しい掻痒、発赤、嘔吐、倦怠感など)		
	重症 (喘息発作、血圧低下、気道浮腫、意識消失、心停止など)	0.03%	0.1~0.2%
遅発性	[遅発性副作用] (発疹、掻痒、発赤、嘔吐、倦怠感など)	ごく少ない	

- ・検査中、特にCT検査時には造影剤を急速に静脈内注射し検査を行います。

・まれに、静脈穿刺時に神経が刺激・損傷され、痺れや痛みが残ることがあります。また勢いよく造影剤を注入するため、血管外に漏れて局所的な炎症や腫れが生じる場合があります。仮に処置が必要な際にはすみやかに対処、治療を行います。

- ・X線用ヨード造影剤の投与には次の様な症状・疾患のある方は注意が必要です。

・ヨード造影剤の重篤な副作用を予知することは難しく、副作用の発生するリスクの高い方も安全に検査できるよう配慮致しますので、必ず申し出てください。

禁忌	妊産婦、重症気管支喘息、重篤な甲状腺疾患、ヨード過敏症の方
原則禁忌	一般に全身状態の悪い方、気管支喘息、重篤な心疾患、重篤な腎障害、重篤な肝障害、マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニーのある方、褐色細胞種
慎重投与	授乳婦、高齢者、小児・乳幼児・新生児、アレルギー歴のある方、脱水症状、重症の高血圧、動脈硬化の強い方、急性膵炎、糖尿病、甲状腺疾患、肝機能低下、腎機能低下
慎重投与	ビグアナイド系糖尿病用薬剤：メトホルミン塩酸塩、塩酸ブホルミン等 上記、薬剤とヨード造影剤を併用することにより乳酸アシドーシスを起こすことがある。 ヨード造影剤を用いた検査を行う場合、本剤を一時的に中止すること。

- ・万一の副作用に対しては治療できる体制を確保し、その下でX線用ヨード造影剤を使用します。

- ・検査室内には救急用の器具や薬剤を配置しております。

以上、X線用ヨード造影剤の副作用とその発現率、静脈穿刺時の神経損傷、血管外漏出の可能性について了承の上、同意書に承諾下さい。

ヨード造影剤検査 同意書

私はヨード造影剤検査を受けるにあたり、造影剤の副作用とその発現率について説明を受け、造影剤使用の必要性に納得しましたので、ヨード造影剤検査の実施について承諾致します。

また、今回の入院中の再検査の際して副作用のない場合は本同意書内容を再使用することに承諾致します。

検査および造影剤の使用について 同意します 同意しません

(本人または代理人署名・記入日)

年 月 日 署名： (続柄)

医療機関名

確認医師 署名 _____ 紹介元 _____

説明者 署名 _____ ← 上記と同じであれば同上と記載

ヨード造影剤 確認事項票

4/3項

患者氏名 (カナ記載で構いません)		身長	体重
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)	cm	kg
予約日	年 月 日 () 曜日	予約時間	(午前・午後) (:)

No	質問事項	○で選択	
1	これまでにヨード造影剤使用の造影検査をうけたことがありますか？ 「あり」の場合 いつ頃、どのような検査でしたか？ 年 月 日頃 (検査名)	なし	あり
2	これまでにヨード造影剤使用の造影検査をうけた時に副作用はありましたか？ 「あり」の場合 症状を詳しく記載ください ()	なし	あり
3	ヨード造影剤以外のアレルギー歴 「あり」の場合 (内容； 家族にアレルギー体質 (蕁麻疹、喘息、花粉症、薬物アレルギー) は？	なし	あり
4	造影剤は以下の疾患を有する場合や薬剤使用中、禁忌または慎重投与となっています。 (気管支喘息・心臓病・腎疾患・肝疾患・急性膵炎・多発性骨髄腫・褐色細胞腫)	なし	あり
5	ヨード造影剤は以下の薬剤使用中は相互作用を来す可能性があり慎重投与となっています。 ヨード造影剤使用検査時には一時的 (検査前後4 8時間) な投与中止が必要です。 ビグアナイド系糖尿病用薬剤 : メトホルミン塩酸塩、 塩酸ブホルミン等	使用なし	使用あり
	上項で「あり」の場合、一時的 (検査前後48時間) に投与中止は可能ですか？ 「いいえ」の場合 造影検査は施行できません。	いいえ	はい
6	検査に鎮静剤を要する	不要	要
※7	ヨード造影剤による副作用 ・気管支喘息 ・腎機能の低下が「あり」の場合、 前処置は必要ですか？ 前処置は、主治医によるオーダーとなります。	必要なし	必要あり

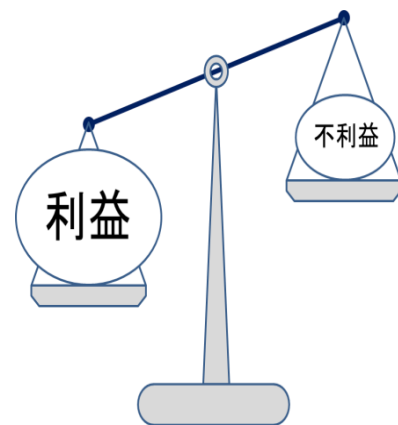
※7 前処置を必要とした場合は、主治医が責任を持って検査前に前処置など必要なオーダーを施行すること。
-----検査当日に放射線科・CT室での再確認は行いません。-----

8	最新の血液データ (3ヶ月以内のデータ)	クレアチニン	記入ください	mg/d l	年 月 日	正常値 男性0.61~1.04 女性0.47~0.79
						正常値 ・ 異常値 ・ 未施行
		eGFR	記入ください	mg/min	年 月 日	正常値 45以上
						正常値 ・ 異常値 ・ 未施行

上記は 検査に問題ない、 または 前回 (年 月 日) と同様である

○放射線検査について (CT検査・核医学検査・透視検査・血管造影)

放射線を利用して検査を行うことにより、病気の発見や診断、治療方針の決定などに対して重要な情報を得ることが出来ます。放射線検査を行うことで得られる医療情報の利益の方が被ばくによる不利益よりも十分に大きいと判断される場合のみ行います。



○被ばく (放射線の量) と 発がんについて

放射線を大量に被ばくすることで発がん率が高くなりますが、一般的に医療で使用している被ばく (放射線の量) では人体への影響は非常に小さいです。

○放射線検査における 被ばく (放射線の量) 低減の取組みについて

当院では、法令や関連学会のガイドラインをもとに最適な条件で検査を行い、放射線による被ばく (放射線の量) を必要最小限にすることを実践しています。

