

CT 依頼票 兼 診療情報提供書

< 阪南市民病院 放射線室 >

至急の場合、
しを入れて下さい。

医療機関名:

依頼医師:

先生

患者氏名(カタカナでご記入ください)	男 女 才 様	生年月日 大正・昭和 平成・令和	年	月	日
--------------------	------------------	------------------------	---	---	---

希望日をご記入下さい。

第1希望 : 年 月 日 () 午前・午後

第2希望 : 年 月 日 () 午前・午後

第3希望 : 年 月 日 () 午前・午後

希望なし : (直近をご案内します)

検査方法:いずれかに○をつけて下さい

単純	造影	おまかせ ※当院で単純、造影検査の判断をいたします
	※造影・おまかせ検査は、事前に造影剤同意書・採血データ(腎機能)が必要です。 糖尿病薬の服薬 無・有()	

ご依頼理由(病歴・主な病状など)
(恐れ入りますが、できるだけ詳細にご記載ください)

CT

頭部 : 頭部ルーチン・副鼻腔・内耳・その他 ()

頸部 : 頸部ルーチン・その他 ()

胸部 : 胸部ルーチン・胸部ルーチン+肋骨・その他 ()

腹部 : 腹部ルーチン・その他 ()

胸腹部 : 胸腹部ルーチン・その他 ()

その他 : ()

ヨード造影剤検査問診票及び同意書

患者ID		生年月日	年	月	日
カナ					
患者氏名			性別	男・女	

- 0.今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ はい いいえ わからない
 はいの方は、受けた検査に○を付けて下さい
 造影CT・造影MRI・血管造影・尿路造影・胆道検査・その他()
- 1.その時、副作用はありましたか？ はい いいえ わからない
 はいの方はどのような副作用でしたか？
 発疹・かゆみ・吐き気・頭痛・気分不良・その他()
- 2.下に上げる病気がありますか？あれば○をつけて下さい。 はい いいえ わからない
 気管支喘息・腎不全・肝不全・心不全・甲状腺機能亢進症・マクログロブリン血症・テタニー
 褐色細胞腫・多発性骨髄腫
- 3.糖尿病の薬を飲んでいますか？ はい いいえ わからない
 はいの場合(薬剤名:)
 はいの場合ビグアナイド系の薬剤の有無 有 無
 ※ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、検査日前後2日間、合計5日間休薬して頂きます
 (休薬期間 月 日 ~ 月 日)
- 4.アレルギー性の病気がありますか？あれば○を付けてください はい いいえ わからない
 じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎
- 5.他に大きな病気はありますか？(病名) はい いいえ わからない
- ≪女性の方へお尋ねします≫
- 6.現在、妊娠中、又は妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ わからない
- 7.授乳中ですか？ はい いいえ わからない
 検査終了後、48時間は授乳をお避けください。

造影検査(ヨード系造影剤) 同意書

私は、造影検査の必要性・造影剤の危険性について説明を受け納得しました。
 その結果、造影検査を受けることに(□に、チェックを入れてください)

- 同意します。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)
 同意しません。

承諾日: 年 月 日

患者または代理人 (署名) _____

医師確認欄

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、同意もしくは拒否されたことを確認しました。

- 造影検査可 造影検査不可

年 月 日

依頼医師署名 _____

医師記入欄

体重 _____ Kg eGFR値 _____ ml/分 (なければCr値 _____ mg/dl)

(採血日 年 月 日 造影検査日から概ね3ヵ月以内)

*年齢に関係なくeGFR値が30以下なら原則造影禁忌

(原則造影禁忌でも緊急時など必要があれば造影検査を施行する場合があります)

CT造影剤使用に関する説明書

氏名: _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ID: _____
検査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
検査部位 _____ 予約医師 _____

【CT造影剤の副作用】

今回の検査ではヨード造影剤という薬を注射して検査を行います。造影剤を用いたCT検査では、病気の性質や範囲をより正確に評価することができます。造影剤は安全な薬ですが、まれに副作用が起こることがあります。

副作用としては下記のようなものが知られています

症状	頻度	重症度	治療
熱感、吐き気、嘔吐 動悸、頭痛、かゆみ くしゃみ、発疹など	100人に3人程度	軽い	基本的に必要ありませんが、経過観察のためしばらく待つて頂く場合があります。
呼吸困難、意識障害 血圧低下、腎不全など	2500人につき 1人程度	中程度～重い	原則として入院治療が必要です後遺症が残る場合もあります。
死亡	10万人～20万人につ き1人程度	重篤	重い副作用が強く出た場合命に関わる場合があります。

※アレルギー体質や喘息の既往のある方では副作用の発生率が高くなります。腎機能の悪い方はさらに腎機能が悪化する可能性があり、場合によっては透析が必要なこともあります。

当院では万一の副作用に対しても万全の体制を整えて、検査を行っています。検査中に異常が現れた場合は、ためらわずにすぐにおっしゃって下さい。その他わからないことや、気になることがあれば主治医あるいは検査担当者に申し出て下さい。

【造影剤の機械注入】

造影剤は機械で急速に注入します。造影剤が血管外に漏れやすい体質の方や、血管が脆弱な方はまれに造影剤が血管の外に漏れだしてしまうことがあります。漏れた造影剤は時間とともに吸収されますが、漏れた造影剤量が多い場合に追加処置や皮膚科の受診が必要となる場合があります。

【検査後の注意】

ヨード造影剤を注射したあとは、水、お茶の水分をいつもより多く飲んでください。特に次のような場合は注意してください。

- (1) 医師により水分制限をされている方は、医師の指示どおりにしてください。
- (2) 副作用は検査後数時間～数日経過してから出現する場合があります。
帰宅後に上記表のような症状が出現した場合は病院に御連絡下さい。
- (3) 糖尿病のお薬(メグルコ・グリコラン・メタクト配合・ネルピス・メデット・トリオンなど)を服用している方は、終了後48時間、糖尿病のお薬を飲まないでください。
- (4) 検査後の食事は医師の指示がない限り、普段通りにお取りください。

【授乳中の方へ】

ヨード造影剤は母乳中に移行しますので、造影剤注入後48時間は授乳しないでください。

注意事項

CT 検査を受ける患者さまへ（検査当日までにお読みください。）

- ・保険証を必ずご持参の上、予定時間の10分前までにご来院ください。
- ・検査時間に遅れる場合や変更、中止される場合は必ずご連絡ください。
- ・検査時間は検査部位によって異なりますが、約10～40分程度かかりますので、検査前には排尿、排便をすませておいてください。
- ・検査の際は、所定の検査衣に着替えていただくことがあります。
（金属は検査のさまたげになる場合がありますので、金属のついた服や下着、貴金属などをはずしていただくことがあります。）
- ・検査中は体を動かさないでください。
- ・検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話できますのでご安心ください。
- ・心臓ペースメーカーや植込み型除細動器（ICD）を挿入されている患者さまは、機種の確認が必要です。ペースメーカー手帳をお持ちください。
- ・当院では、植込み型除細動器（ICD）を挿入されている患者さまは、胸部CT検査を受ける事ができませんが、それ以外の撮影は検査可能です。

造影 CT 検査を受けるにあたって

（造影 CT 検査を受ける患者さまのみお読みください。）

- ・造影剤は、検査する部位（臓器）をより詳しく調べる目的で使用する薬です。
- ・造影剤で気分が悪くなった場合はお知らせください。
- ・検査当日の食事について
予約時間の4時間前から食事をとらないで下さい。
（水やお茶などの水分はお飲みいただいて結構です。）
- ・服用中のお薬については、医師の指示がない限り、通常通り服用してください。
- ・造影剤は尿として排泄されます。排泄を促進させるため、水分(お茶、お水、ジュース等)を多めにお取りください。なお、水分を制限されている方はお知らせください。
- ・検査終了後、数時間から数日後に、頭痛、はきけ、かゆみ、じん麻疹などの症状があらわれることがあります。何か症状が見られましたら病院にご連絡ください。



社会医療法人 生民会

阪南市民病院 放射線室

電話 072-471-3321