

胸腹部造影 CT 検査を受けられる患者さまへ(CT)

(公財) 操風会 岡山旭東病院

今回受けられる造影 CT 検査では、より正確な診断のために、ヨード系造影剤を用いて撮影を行います。

1. ヨード系造影剤を使用する理由

造影剤を体内に注入することにより、診断したい部位をより明瞭にすることができます。

また、病変の種類によっては、造影剤を使用しないと正しい診断ができないこともあります。

2. ヨード系造影剤の副作用について

造影剤は安全な薬剤ではありますが、他の一般の薬剤と同様、稀に下記に示すような副作用を起こす事があります。万一、副作用が起こった場合には直ちに対応できる体制を整えています。

(1) ヨード系造影剤の副作用について

- ① 軽度な副作用：かゆみ・吐き気・蕁麻疹・熱感など（100 人に 5 人以下）
- ② 重篤な副作用：けいれん・呼吸困難・血圧の低下・ショックなど（約 2.5 万人に 1 人）
- ③ 重篤な副作用による死亡例：数十万人に 1 人

(2) 遅発型副作用（造影剤注入後、数時間から数日を経て起こる副作用）

造影剤の使用により、ごく稀に数時間から数日の間に上記(1) ①～③に示したものと同様の副作用が起こることが報告されています。そのような場合にはすぐに来院されるか、病院へご連絡ください。

3. 検査の適応について

患者さまの病気や経歴により、検査の適応について慎重に検討する必要があります。裏面の問診票は検査適応についての重要な資料となりますので、正確に記載してください。内容について、ご不明、ご不安な点があれば遠慮なくご相談ください。問診票の内容によっては、造影剤が使用できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

4. 造影検査時の確認事項

(1) 造影 CT 検査では造影剤を機械により自動急速注入を行います。このため造影剤が血管外に漏れることがあり、注射部位の腫れや、痛みを伴うことがあります。ほとんどの場合は時間がたてば自然に吸収されるので心配ありませんが、漏れた量が多い場合には処置が必要となることもあります。

(2) 造影 CT 検査や尿路造影検査では造影剤の注入時に体が熱く感じるがありますが、造影剤による一時的な刺激であり心配ありません。

5. 造影検査の前後で患者さまにさせていただくこと

* 造影検査を安全かつ正確に行うために下記の事項は必ずお守りください。もし誤って食事などされた場合には必ず検査の前にお申し出ください。

(1) 造影検査を行う場合、原則として検査前 4 時間程度の絶食が必要であるとされています。**午前の検査の方は朝食を、午後の検査の方は昼食を摂らない**でください。ただし水分（乳製品以外）はご自由にお摂りください。常服薬の服用についてはご相談ください。

(2) **検査後は水分を多めに摂る**ようにしてください（造影剤が速やかに排泄されます）

6. 問診票のご記入と承諾書のご署名について

以上の説明内容をもとに裏面の問診票をご記入ください。問診票の結果をもとに造影 CT 検査の可否を判断させていただきます。検査可能な場合には承諾書にご署名をお願いします。承諾書にご署名された後でも、不安があれば造影検査を拒否することも可能です。なお、検査についてのご不明・ご不安な点は、遠慮なく担当医師にご相談ください。

お問い合わせ 岡山旭東病院 放射線課 TEL : 086-276-5670

(月～金 8 : 30～17 : 30、土曜日 8 : 30～13 : 00) .

病院代表 TEL : 086-276-3231 (夜間・祝祭日、土曜日午後)

2020.10.26 (改訂 10 版)

胸腹部造影 CT 検査問診票と承諾書(CT)

(公財) 操風会 岡山旭東病院

ID : _____ 氏名 : _____ [体重 : _____ Kg]

【造影 CT 検査問診票】

1. 今までに造影検査を受けたことがありますか？

「いいえ」 「はい」 「わからない」

「はい」と答えた方のみお答えください。

どの病院で造影検査をされましたか？ 「旭東病院」 「他院 (_____)」

どのような造影検査をされましたか？ 「造影CT」 「尿路造影」 「その他 (_____)」

そのときに造影剤によると思われる副作用がありましたか？ (吐気・嘔吐・蕁麻疹など)

「いいえ」 「はい (具体的に: _____)」 「わからない」

2. 薬物・食物アレルギー、喘息、アトピー、花粉症等のアレルギー性の病気、体質はありますか？

「いいえ」 「はい (具体的に: _____)」 「わからない」

3. ご親族、ご家族などの血縁者の方で質問2のようなアレルギー性の病気、体質はありますか？

「いいえ」 「はい (具体的に: _____)」 「わからない」

4. 心臓病、腎臓病、甲状腺の病気等がありますか？

「いいえ」 「はい (具体的に: _____)」 「わからない」

5. 妊娠中またはその可能性はありますか？

「いいえ」 「はい」 「わからない」

6. 糖尿病薬もしくは心臓の薬を服用していますか？

「いいえ」 「はい (内容 _____)」

【造影 CT 検査承諾書】

私は造影 CT 検査を受けるにあたり、造影検査の必要性和造影剤使用の際の副作用の可能性について説明を受け理解しました。私は造影 CT 検査を受けることを承諾します。

*承諾される場合には下記の「1. 承諾する」に○を、造影検査に同意されない場合には「2. 承諾しない」を○で囲み、署名の欄にご署名ください。

1. 承諾する

2. 承諾しない

年 月 日

患者 (承諾者) 署名 _____ (患者さまとの続柄 _____)

【説明医師署名欄】 (説明した医師が署名してください)

上記患者に対して、私が造影 CT 検査について説明を行い、上記の承諾を確認しました。

説明実施日 : _____ 年 月 日 署名 _____