

CT（ヨード）造影検査のための問診票

記載日： 年 月 日

患者番号： _____

様 (性別：) (年齢：)

検査を行うための参考といたします。下記の質問についてお答えください。○で囲んでください

ご注意 甲状腺疾患がある方、気管支喘息のある方、過去に造影剤のアレルギーを起こした方、腎機能が低下している方や腎臓の手術をした方、妊婦もしくは妊娠の可能性のある方は造影剤の注射が出来ない場合がありますので、該当する方は申し出てください。

- 現在の体重は何kgですか？ [kg]
- 以前に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
無 ・ 有 [CT造影 ・ MRI造影 ・ 血管造影 ・ その他]
有の場合副作用がありましたか？
無 ・ 有 [じん麻疹 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 発赤 ・ 呼吸困難 ・ 意識障害]
その他（詳細：)]
副作用があったのはいつですか？
検査中 ・ 検査後 []
- アレルギー体質と言われたことがありますか？
無 ・ 有 [ぜん息 ・ じん麻疹 ・ 花粉症 ・ その他]
薬剤 () ・ 食べ物 ()]
- 次の病気はありますか？ またはかかったことがありますか？
無 ・ 有 [心臓の病気（心不全・狭心症等） ・ 肝臓の病気（肝硬変等）]
糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 腎臓の病気（腎不全）]
その他 ()]
- 現在薬を服用していますか？
無 ・ 有 [血圧の薬 ()]
糖尿病の薬 ()]
その他 ()]
- 気管支喘息（ぜんそく）の発作を起こしたことがありますか？
無 ・ 有 [最終発作 年 月]
- 最後の食事は何時でしたか？
[時]
- 次の疾患にて治療を受けたことがありますか？
[骨髄腫 ・ マクログロブリン血症 ・ テタニー ・ 褐色細胞腫]
- 女性の方へ：現在妊娠またはその可能性がありますか？
無 ・ 有 ●授乳中の方は造影剤投与後48時間は授乳できません

ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

埼玉成恵会病院 TEL：0493-23-1221（内線：1522）

CT（ヨード）造影剤使用検査に関する説明・同意書

患者番号： _____

様

私は、 _____ 様 に CT 検査にて造影剤を使用するにあたって、以下の説明を行いました。

□① 造影剤を使用する事による検査の有用性

造影検査とは、造影剤の注射をして行う検査です。この検査により病変の性状や部位などがわかりやすくなり、診断に大変役に立ちます。今回の検査ではヨード系造影剤を静脈注射にて行います。また、次に該当する方は造影剤の注射が出来ない場合があります。

- 甲状腺疾患のある方
- 気管支喘息のある方
- 過去にCT造影剤のアレルギーを起こした方
- ヨードに対して過敏症の既往がある方
- 腎機能が低下している方や腎臓の手術をした方
- 妊婦もしくは妊娠の可能性のある方

□② 副作用の可能性

造影剤は安全な薬剤ですが、まれに次のような副作用が生じる場合があります。

- 軽い副作用： ほとんどが、くしゃみや一時的に気分が悪くなったり、吐き気、かゆみ、発疹、動悸、頭痛など、といった軽いものです。これらの副作用は100人につき5人（5%）程度の割合で起こります。
- 重い副作用： 呼吸困難・意識低下・めまい・血圧低下など。これらは治療のための入院や手術が必要な場合もあり、また後遺症が残る可能性もあります。これは、25万人につき1人（0.000004%）程度の割合で起こります。
- 非常にまれですが、病状、体質によってショック状態を起こし、死亡した報告があります。これは、40万人につき1人（0.0000025%）程度の割合で起こります。
- 造影剤を注射した時に体が熱くなることがありますが、心配ありません。まれに注入時に造影剤が血管外に漏れると、腫れてしましますが時間経過とともに吸収されます。

これらの副作用が生じた際には、緊急処置を取らせていただく場合があります。また、副作用のほとんどが直後から30分以内に起こりますが、数時間から数日後に副作用が起こる場合がありますので、何か異常が現れた場合には、すぐに来院されるか、病院にご連絡ください。

□③ 問診表の記載についてのお願い。

□④ 自分の意思に従い検査を拒否する権利。

説明医師： _____

埼玉成恵会病院 院長 殿

私は、この度予定された造影剤を用いたCT検査を受けることについて、その必要性・内容・造影剤による副作用について丁寧な説明を担当医師から受け、十分に理解しましたので造影剤の使用に同意いたします。また、緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受ける事にも同意いたします。

同意書記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名： _____

住所： _____

保護者または代理人署名： _____ (続柄： _____)

CT造影検査での注意点

患者番号： _____

様

①造影検査前の食事と水分摂取について

画像の評価の維持のため、薬の副作用の軽減のため、以下をご注意ください。

- 予約の検査前の1回の食事はとらないでください。

午前中の検査では朝食、午後の検査では昼食を控えてください。

緊急に造影の検査を行う時には、最後の食事から3時間以上空けてから行います。

検査時間の3時間前から食事を控えるようにお願いします。

(主治医において制限がない場合はこの限りではありません)

- 水分摂取はお水であれば制限の必要はありません。検査前後、制限はありません。

ただし、甘味料の入った飲料水は飲まないようにお願いします。

造影検査の30分から1時間前に200ml~400mlのお水やお茶を摂取することが副作用の低減につながります。

※牛乳や乳製品は、検査前後の24時間は制限してください

- 脱水や無理な長時間の禁食は副作用の発現率を高めてしまうだけでなく、腎機能の低下をまねくおそれがありますので、必要以上の食事制限は注意してください。

②糖尿病薬（ビグアイド系）の一時中止のお願い（ヨード造影剤使用、CT造影など）

CT検査にて、ビグアイド系糖尿病薬とヨード造影剤は併用により乳酸アシドーシスをきたすことがあるため併用注意とされています。乳酸アシドーシスは予後不良であることも多く、致死率も高いとされていますので服用を一時的に中止していただく必要があります。

- 日本国内のガイドラインをみると

「原則、造影検査前48時間・検査後48時間投薬を中止する」というのが一般的です。

該当する方は、一時的な服用の中止をおねがいします。

- 緊急に検査を行う必要がある場合

主治医の判断により下記の内容によっても検査可能とします。

腎機能・クレアチニン値	造影検査前	造影検査後
正常	検査前服用可	検査後48時間、服用中止
異常	検査前48時間、服用中止	検査後48時間、服用中止

クレアチニン値の検査データは過去にさかのぼり3ヶ月以内を有効とします。

- 当院で処方されている主なビグアイド系糖尿病薬

- ・メタクト配合錠LD ・メタクト配合錠HD ・メトグルコ錠250mg ・グリコラン錠250mg
- ・ネルビス錠250mg ・メデット錠250mg ・メトリオン錠250
- ・メトホルミン塩酸塩錠250mg（トワ） ・ジバスト錠50mg ・ジベトンS腸溶錠50mg
- ・メルピン錠250mg

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

埼玉成恵会病院 TEL：0493-23-1221（内線：1522）

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

造影CT検査を受けられる方へ

患者番号： _____

様

あなたの検査日時は、 _____ から の予定です。
検査当日は、開始予定の30分前までに受付を済ませ、
13番・点滴室で造影検査用の針をいれてもらい
この用紙を画像センター（放射線科）に提出してください。
※緊急検査等により検査時間が前後する場合がありますので、ご了承ください。
※都合によりキャンセルされる時には当日でも構いませんので、下記まで連絡をお願いします。

検査前のご注意

- 造影検査前に食事制限があります。
 - ・甘味料の入った飲み物やアメ・ガムなども控えてください。水やお茶はお飲みいただけます。

※詳細は別紙、造影検査での注意点を参照してください。

- 糖尿病薬（ビグアイド系）を服用されている方へ
ヨード造影剤との併用により、乳酸アシドーシスをきたすことがあるため併用注意とされています。造影剤投与により腎機能が低下した場合に糖尿病薬の腎排泄が遅延し、乳酸アシドーシスが起こると言われています。
そのため、服用を一時的に中止していただく必要があります。

※詳細は別紙、造影検査での注意点を参照してください。

- 金属は検査の妨げになることがありますので、ヘアピン、アクセサリ、時計、眼鏡などは予めはずしていただきます。湿布やエレキバン等もはずしてください。また、検査部位によりボタンや金属のついた服は着替えていただくことがあります。
- ペースメーカーや除細動器装着の方は検査ができないことがあります。
- 妊娠している方または可能性のある方は事前に必ずお知らせください。

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。
埼玉成恵会病院 TEL：0493-23-1221（内線：1522）