

【造影剤使用に関して】

C T 検査

- ☐ 高の原中央病院用
☐ 患者様用
☐ 依頼施設用

ご記入後 2 枚コピーしてご使用ください。

患者氏名： _____

体 重： _____ Kg

クレアチニン： _____ mg・dl 基準値 M0.65 ~ 1.09
F 0.46 ~ 0.82

検 査 日： _____

eGFR： _____ ml/min/1.73m²

※造影剤腎症防止のため記入必須

※45 未満では輸液が必要となり、30 未満は造影禁忌です

問診票

(医師と患者様とで行ってください)

1) 今までに造影検査を受けられたことがありますか？

必須 ☒ なし ☐ あり： ☐ C T 検査 ☐ 腎臓検査 ☐ 胆嚢検査 ☐ 血管造影 ☐ M R I 検査 ☐ その他 ()
そのときに副作用はありましたか？

必須 ☒ なし ☐ あり： ☐ 発疹 ☐ かゆみ ☐ 吐き気 ☐ その他 ()

2) 喘息・腎臓（腎不全）・糖尿病・心臓・肝臓・甲状腺の病気にかかったことがありますか？

必須 ☒ なし ☐ あり： ☐ 喘息 ☐ 腎臓 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓 ☐ 肝臓 ☐ 甲状腺
糖尿病の方は、処方されている薬名 ()

※ビグアナイド系糖尿病薬は検査前 2 日・検査当日・検査後 2 日まで休薬してください。 月 日 ~ 月 日

※現在喘息がある、又は副作用既往歴がある、又は eGFR45 未満で造影が必要な場合は外来受診をお願いします。

3) 薬で「じんましん」や他の症状が出たことがありますか？

☐ なし ☐ あり： 薬名 ()

4) 現在妊娠されていますか？

☐ していない ☐ している： (カ月)

依頼医師にお尋ねします。以上の問診の結果を踏まえ、下記説明を行った上で造影検査を行いますか？

必須 ☒ はい ☐ いいえ

説明日： 年 月 日

医師名： (捺印)

今回実施する C T 検査は『造影剤』という薬剤の注射をして行います。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、治療をしやすくなります。造影剤を使用しなくても C T 検査は行えますが、正確な診断ができず病気を見落とす場合があります。これは、安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用が起こるとすれば検査後の 10 分以内がほとんどですが、ごくまれに数時間から数日後に起こることもあります。副作用の種類は次のようなものです。

・軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。このような副作用が起こる確率は約 100 人につき 5 人以下、つまり 5 % 以下です。

・重い副作用：呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症がのこる可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用が起こる確率は、約 1000 人につき 1 人、つまり 0.1% 以下です。

・病状や体質によっては約 10 万人～20 万人につき 1 人の割合 (0.0005%～0.001%) で、重大な後遺症が残ったり死亡する場合があります。

その他に、造影剤を注射する時の注意事項として、

・身体が熱く感じるがありますが、薬液の血管への刺激であり心配ありません。

・検査内容によっては勢いよく造影剤を注入する必要があります。このときまれに血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収されますので心配ありません。もれた量が多い場合には、別の処置が必要になることもあります。

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。身体に不調を感じたら、ためらわず、すぐにおっしゃってください。

●以上の説明を受けて、造影検査を受けることに同意された場合は署名をお願いします。

同意書

私は、検査の必要性和今回の造影検査について説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意いたします。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

同意日： 年 月 日

(署名)

代諾者(続柄：)

(署名)

代諾者の住所