

造影CT検査 問診・同意書

検査日 令和 年 月 日

ID

氏名

造影CT検査について

造影CT検査とは、血管内にヨード系造影剤を注射して行うCT検査です。造影剤を使用する事で血管や病変組織をより鮮明に写す事ができるため、より正確な診断が可能となります。

副作用について

軽い症状: 嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。

頻度は約100人に1人です(1%)。

重い症状: 意識消失・呼吸困難・血圧低下など生命にかかわる重篤な症状が出る場合があります。

頻度は約1万人に1人(0.01%)。

死亡の可能性: 非常にまれで、他の一般的な薬剤と同様の割合で起こる可能性があります。

頻度は約10万人に1人(0.001%)。

造影剤は血管に静脈注射により投与しますが、ごくまれに血管外に漏れて痛みを伴う場合があります。

漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合は処置が必になる場合があります。

以下の問診にお答えください。

- 体重を教えてください…… ()Kg
- 造影剤を使用した事がありますか…… なし あり
- 造影剤を用いて副作用がでたことがありますか
なし あり ①何の検査でおこりましたか
CT MRI 血管造影 その他()
②どのような症状でしたか
じんましん 発赤 くしゃみ せき 吐き気・嘔吐
あくび のどの違和感 むくみ 頭痛
- 喘息はありますか…… なし あり
- アレルギーはありますか
なし あり → どのようなアレルギーですか
アトピー アレルギー性鼻炎 食べ物()
薬() その他()
- 腎臓病・糖尿病・心臓病・甲状腺疾患などはありますか
なし あり → どのような病気ですか
腎臓病 甲状腺機能亢進症 糖尿病(※処方薬名:)
心臓病 高血圧 けいれん その他()

※ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は検査前後48時間(計96時間)の服用中止が必要です。

医師の説明により、造影剤の必要性、副作用のリスクを理解したうえで造影剤を使用する事に同意しますか(同意された場合でも、いつでも撤回可能です)。

同意します 同意しません

承諾日 年 月 日

本人署名

または代理人署名

続柄

医師記入

上記患者に対して、造影剤使用における必要性及び副作用について説明しました。

説明日 年 月 日

説明医師

CT検査 説明書・問診票

ID
氏名
性別
生年月日
検査日
検査時間

CT検査とは

円筒状の機械の中に入り、X線を用いて360° 方向から撮影する検査です。輪切り上の画像だけでなく、コンピュータ解析により身体のいろいろな断面が撮影可能です。

検査案内

- ①再来機にて受付後に、検査室まで案内します。その際着替えや検査説明をしますので、予約時間の15分前に当院受付までお越しください。
- ②緊急検査や前処置などにより検査開始時間が遅れてしまう事があります。ご了承下さい。
- ③検査部位や造影剤の使用の有無によっては絶食をお願いすることがあります。

注意点

- ①X線(レントゲン)を用いて行う検査ですので、女性の方で妊娠の可能性のある方は必ず主治医に申し出下さい。
- ②金属は撮影のさまたげになるので、洋服はファスナーや止め金の少ないもので来院をお願いします。また同様にヘアピンやアクセサリーもできるだけ少なくをお願いします。
- ③体内にペースメーカー、人工骨、ステント、動脈瘤クリップ、人口弁などがある方は主治医及び担当スタッフに必ず申し出て下さい。
- ④検査に関して不明な点がありましたら、主治医または担当スタッフにお聞き下さい。
- ⑤腹部CT検査および造影CT検査の方は絶食をお願いします。

午前検査:朝食をとらないでください

午後検査:昼食をとらないでください

以下の問診にお答えください。

1. 心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか …… なし あり
2. 体内金属はありますか
なし
あり※
※どのような金属ですか
脳動脈クリップ 人工心臓弁 人工骨頭 ステント
その他()
3. 妊娠の可能性はありますか(女性のみ) …… なし あり