

ID

氏名

造影CT検査説明書

・頭部 ・胸部 ・腹部 ・その他() の検査を行います。
造影剤と呼ばれるお薬を使用します。

当日は、再来受付機で受付後、**予約時間の10分前**までに放射線科窓口にお越しください。
緊急検査や前処置等の都合で、検査開始が若干遅れることもありますので、ご了承ください。
この検査は、CTスキャンと呼ばれる方法で人体を輪切りにしたような画像を計算し診断に利用
します。検査時間は15分程度です。

※ 食事制限があります。

- ・造影剤を使用するため、検査を受けられる4時間以内の食事はお控えください。
- ・医師より水分制限のない方は、造影剤の排泄を促すため検査前後は水分を摂取してください。
(ただし、腹部検査の方は経口造影剤を飲んでいただく場合がありますので、
水分で空腹を満たさないようご注意ください)

※ 服用中のお薬は医師の指示がない限り、通常通り服用してください。
ただし糖尿病治療薬(メルビン錠等)を服用されている場合は医師の指示に従ってください。

※ 検査着への着替えがある場合があります。

- 胸部・腹部検査では、検査着に着替えていただく場合があります。
着替えやすい服装でお越しください。
- 頭部・頸部の検査の方は、整髪料はつけないでください。
ヘアピン・イヤリング・ゴム・ネックレス・入れ歯は、検査時外していただく場合があります。

※ 胸部や腹部の検査は、検査中に息を止めて行います。約20秒間です。

※ 検査にお越しになれない場合、あらかじめ予約センターまでご連絡ください。
ご都合がつかず検査を延期または中止されたい方は、前日までに下記へ連絡してください。

※ 妊娠の可能性のある患者様は、担当技師へ必ず申し出てください。

● 乳幼児の場合、検査の時に眠れるように、できるだけ昼寝はさせないで下さい。
午前中は駐車場が大変混雑いたしますので、公共交通機関をご利用ください。
お車でお越しの際は、余裕を持ってお早めにお越しください。

● 予約変更の場合には診察券の番号が必要になります。
当文書の右上に表示されておりますのでご連絡の際に併せてお申し出ください。

ID

氏名

造影剤を使用するCT検査に関する説明書

ID:

患者名:

1. 造影CT検査の目的と方法について

目的: 通常のCT検査に加え、より詳しく診断するために行います。

方法: ヨード造影剤を100ml前後(疾患や体格によって異なります)腕から静脈注射します。

2. 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

造影剤の副作用として以下の2つがあります。

i <即時性副作用>

投与後すぐ(投与直後~30分以内)に起こります。

嘔吐・嘔気・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100人~200人に1人)

また、呼吸困難・ショックなど生命に関わる重篤な症状が出ることもあります。

(頻度1万人~2万人に1人)

非常に稀に他の薬剤と同様10万~20万人に1人の割合で死亡例の報告もあります。

* 異常を感じた場合はお知らせください。

ii <遅発性副作用>

造影剤使用後約30分後から数日後に現れます。

発疹・発赤・悪心・嘔吐・血圧低下・頭痛などが現れます。ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、

副作用と思われる症状があれば速やかに病院の方へご連絡ください。

その他

① 稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になりますのでお知らせください。

また、造影剤注入時痛みがある場合は確認いたしますのでお知らせください。

② 造影剤を注射すると一時的に身体が熱くなりますが、正常な反応ですので心配いりません。

③ 前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

3. 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

4. 同意書撤回について

この同意は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出ください。

* 当日は検査10分前には来院し、同意書は放射線科受付に提出してください。

* 検査前4時間は飲食しないでください。

副作用出現時連絡先:

医療法人沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院

0467-46-1717

救急外来 まで

ID

氏名

造影CT検査に関する同意書

*検査当日、同意書は必ず持参し、放射線科受付へ提出してください。

1. 造影CT検査の目的について

目的:通常のCT検査に加え、腫瘍や血管の状態をより詳しく診断するために行います。

2. 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

造影剤注入直後から数日間以内に以下のような副作用が稀に起こる可能性があります。

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100人～200人に1人)

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可能性があります。
(頻度は1万人～2万人に一人)

死亡 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10万人～20万人に1人)

※ 以前に副作用と思われる症状が出た経験のある方は検査担当技師へお申し出ください。

3. 造影剤を使用することに対し、注意が必要な患者様(該当する場合はお申し出下さい)

- ① 造影剤の副作用歴のある方
- ② 重篤な甲状腺機能障害のある方
- ③ 腎臓の機能に障害がある方
- ④ 気管支喘息のある方
- ⑤ 糖尿病薬を服用している方
(メタクト・メトグルコ・グリコラン・メデット・メルビン・ネルビス・
メホルミン塩酸塩・メリオン・ジベトス・ジベトンS・塩酸ブホルミン)

4. 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

5. 同意書撤回について

この同意書は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

その他

- ① まれに造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になります。
- ② 前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。
- ③ 入院中の同じ検査を繰り返し行う場合は、入院最初の同意書以降、最初に頂いた同意書を有効とします。
- ④ その他、気になることがある方は、医師・看護師・放射線技師までご相談ください。

説明日: 令和 年 月 日 説明医師:

印または署名:

私は造影剤に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。
私は造影剤の血管内注射に同意します。
また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

令和 年 月 日 本人氏名: _____

住所: _____ 電話番号: _____

代筆者・代諾者 氏名: _____ 患者との続柄: _____

住所: _____ 電話番号: _____

湘南鎌倉総合病院院長 殿

同意の意思確認が不可能で、緊急性が優先される場合、

担当医の判断により造影剤を使用させていただきます。

担当医
印 (続柄 _____)

代理人: _____

氏名

造影CT検査説明書

・頭部 ・胸部 ・腹部 ・その他() の検査を行います。
造影剤と呼ばれるお薬を使用します。

当日は、再来受付機で受付後、**予約時間の10分前**までに放射線科窓口にお越しください。
緊急検査や前処置等の都合で、検査開始が若干遅れることもありますので、ご了承ください。
この検査は、CTスキャンと呼ばれる方法で人体を輪切りにしたような画像を計算し診断に利用
します。検査時間は15分程度です。

※ 食事制限があります。

- ・造影剤を使用するため、検査を受けられる4時間以内の食事はお控えください。
- ・医師より水分制限のない方は、造影剤の排泄を促すため検査前後は水分を摂取してください。
(ただし、腹部検査の方は経口造影剤を飲んでいただく場合がありますので、
水分で空腹を満たさないようご注意ください)

※ 服用中のお薬は医師の指示がない限り、通常通り服用してください。

ただし糖尿病治療薬(メルビン錠等)を服用されている場合は医師の指示に従ってください。

※ 検査着への着替えがある場合があります。

胸部・腹部検査では、検査着に着替えていただく場合があります。

着替えやすい服装でお越しください。

頭部・頸部の検査の方は、整髪料はつけないでください。

ヘアピン・イヤリング・ゴム・ネックレス・入れ歯は、検査時外していただく場合があります。

※ 胸部や腹部の検査は、検査中に息を止めて行います。約20秒間です。

※ 検査にお越しになれない場合、あらかじめ予約センターまでご連絡ください。

ご都合がつかず検査を延期または中止されたい方は、前日までに下記へ連絡してください。

※ 妊娠の可能性のある患者様は、担当技師へ必ず申し出てください。

● 乳幼児の場合、検査の時に眠れるように、できるだけ昼寝はさせないで下さい。

午前中は駐車場が大変混雑いたしますので、公共交通機関をご利用ください。

お車でお越しの際は、余裕を持ってお早めにお越しください。

● 予約変更の場合には診察券の番号が必要になります。

当文書の右上に表示されておりますのでご連絡の際に併せてお申し出ください。

氏名

造影剤を使用するCT検査に関する説明書

ID:

患者名:

1. 造影CT検査の目的と方法について

目的: 通常のCT検査に加え、より詳しく診断するために行います。

方法: ヨード造影剤を100ml前後(疾患や体格によって異なります)腕から静脈注射します。

2. 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

造影剤の副作用として以下の2つがあります。

i <即時性副作用>

投与後すぐ(投与直後～30分以内)に起こります。

嘔吐・嘔気・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100人～200人に1人)

また、呼吸困難・ショックなど生命に関わる重篤な症状が出ることもあります。

(頻度1万人～2万人に1人)

非常に稀に他の薬剤と同様10万～20万人に1人の割合で死亡例の報告もあります。

* 異常を感じた場合はお知らせください。

ii <遅発性副作用>

造影剤使用後約30分後から数日後に現れます。

発疹・発赤・悪心・嘔吐・血圧低下・頭痛などが現れます。ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、副作用と思われる症状があれば速やかに病院の方へご連絡ください。

その他

- ① 稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になりますのでお知らせください。
また、造影剤注入時痛みがある場合は確認いたしますのでお知らせください。
- ② 造影剤を注射すると一時的に身体が熱くなりますが、正常な反応ですので心配いりません。
- ③ 前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

3. 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

4. 同意書撤回について

この同意は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出ください。

* 当日は検査10分前には来院し、同意書は放射線科受付に提出してください。

* 検査前4時間は飲食しないでください。

副作用出現時連絡先:

医療法人沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院

0467-46-1717

救急外来 まで

ID

氏名

造影CT検査に関する同意書

*検査当日、同意書は必ず持参し、放射線科受付へ提出してください。

1. 造影CT検査の目的について

目的: 通常のCT検査に加え、腫瘍や血管の状態をより詳しく診断するために行います。

2. 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

造影剤注入直後から数日間以内に以下のような副作用が稀に起こる可能性があります。

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100人～200人に1人)

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1万人～2万人に一人)

死亡 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10万人～20万人に1人)

※ 以前に副作用と思われる症状が出た経験のある方は検査担当技師へお申し出ください。

3. 造影剤を使用することに対し、注意が必要な患者様(該当する場合はお申し出下さい)

- ① 造影剤の副作用歴のある方
- ② 重篤な甲状腺機能障害のある方
- ③ 腎臓の機能に障害がある方
- ④ 気管支喘息のある方
- ⑤ 糖尿病薬を服用している方
(メタクト・メグルコ・グリコラン・メデット・メルビン・ネルビス・
メホルミン塩酸塩・メリオン・ジベトス・ジベトンS・塩酸ブホルミン)

4. 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

5. 同意書撤回について

この同意書は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

その他

- ① まれに造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になります。
- ② 前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。
- ③ 入院中の同じ検査を繰り返し行う場合は、入院最初の同意書以降、最初に頂いた同意書を有効とします。
- ④ その他、気になることがある方は、医師・看護師・放射線技師までご相談ください。

説明日: 令和 年 月 日 説明医師:

印または署名:

私は造影剤に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。

私は造影剤の血管内注射に同意します。

また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

令和 年 月 日

本人氏名: _____

住所: _____

電話番号: _____

代筆者・代諾者 氏名: _____

患者との続柄: _____

住所: _____

電話番号: _____

湘南鎌倉総合病院院長 殿

同意の意思確認が不可能で、緊急性が優先される場合、

担当医の判断により造影剤を使用させていただきます。

担当医

代理人: _____

印 (続柄 _____)