④

造影 X線CT検査 説明書　（患者さま用）

検査予約時間の **６時間前から** 絶食してください。
ただし、水,お茶,白湯 などの水分は摂取するよう心がけてくだ

今回実施する検査は、“ヨード系造影剤”という薬剤を静脈に注射して行う検査です。
この検査は、あなたの病気の状態を詳しく調べ、治療方針を決定するための大切な検査です。
ＣＴ検査においては、造影剤を使わなくても行えますが、十分な診断が出来ないこともあるため、正確で精度の高い診断を行うために造影剤を使って検査を行います。
使用するヨード系造影剤は、比較的安全な薬剤ですが、一般の薬と同じように、まれに副作用が起こることがあります。 副作用の種類は次のようなものです。

１．軽い副作用として、吐き気、嘔吐、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などが100人につき５人(５%)以下の割合で起こることがありますが、基本的に治療は必要としません。

２．重い副作用として、呼吸困難（息が苦しくなる）、血圧低下（血圧が急に下がる）、ショック意識消失、心停止（心臓が止まる）など1,000人につき１人(0.１%)の割合で起こることがあり、通常は治療を要するため入院や手術が必要なこともあります。

３．これらの副作用は、以前にヨード系造影剤を使って副作用が起きた方、気管支喘息、心臓病の方では、一般の方と比べて副作用の発生する割合が高くなります。病状･体質によっては10～20万人につき1人(0.0005～0.001%)の割合で死亡する場合もあります。
よって、ヨード系造影剤に過敏な方や気管支喘息の方には、原則使用できません。

４．副作用の多くは検査後１時間以内に起こりますが、ごくまれに、遅発性副作用として遅れて見られることもありますので、帰宅後24時間程度の状態観察が必要です。また、検査後は水分摂取を多めにして、造影剤の尿への排出をうながしてください。

５．造影剤は、腎臓から排泄されるため、腎臓の働きが悪い方では、さらに病状を悪化させることがあります。

６．造影剤注入直後、体が熱くなることがありますが、直接的な刺激なので心配いりません。
まれに造影剤が血管外に漏れ出し、注射したところが腫れて痛むことがありますが、時間が経てば吸収されますので心配いりません。　ただし、漏れた量によっては別の処置が必要となることもあります。

７．以前にヨード系造影剤で副作用が出なかった方でも、今回、副作用が出ないとは限りません。

このように、重篤な副作用の発生する割合は非常にまれと言えますが、決して100%安全な検査ではないことをご承知下さい。　ただし、検査は、万一の副作用に対して最善の処置を行う体制で臨みますので、異常を感じたときは、ためらわず検査担当職員に告げてください。
上記の点をご理解頂き、十分に納得された上で 造影Ｘ線ＣＴ検査をお受けいただきますようお願いいたします。　なお、ご質問がある方は遠慮なくお尋ね下さい。

造影 X線ＣＴ検査の説明と同意書　（FAX/放射線科用）⑤

今回行う 造影 X線CT検査について

1. 検査の必要性について

今回実施する 造影 X線CT検査は、造影剤を血管内に投与して行う検査で、あなたの病気の状態を詳しく調べ、診断、および治療方針を決定するための大切な検査です。

2. 検査によるX線被ばく について

X線を用いた検査ですので、必要最小限のX線被ばくを伴います。患者さまの体格にもよりますが、腹部の場合、4回繰り返して撮像すると、総被ばく線量は、約8mSv×4回＝約32mSvです。
頭部や胸部の場合は、2回繰り返し撮像しますので、それぞれ約4.8mSv,約14 mSvです。
X線感受性が高いとされる胎児に、影響を及ぼす可能性があるとされる100 mSvを越えることはありませんので、身体に有害事象が発生する確率は、極めて低く問題にならない程度です。
ただし、妊娠している、あるいは妊娠している可能性がある女性は、不要な被ばくを避けるため、必ず担当医師に申し出てください。

※ mSv（ミリシーベルト）：X線CT検査においては、X線による被ばく線量の単位。

3. X線CT装置について

今回使用する X線CT装置は、製造メーカーによる定期的な点検、および診療放射線技師による毎日の始業･終業点検により、X線量を適切に管理し安全性を担保しています。

これらを総合して、今回行う 造影 X線CT検査は、あなたの病気診断、および治療方針を決定する上で危険性を上回る有益性があるものと判断します。
この説明に同意いただける場合は、下の同意書に署名をお願いいたします。　ただし、同意は、いつでも撤回することが出来ます。

・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・

同　意　書

私は、造影 X線ＣＴ検査の必要性と危険性について十分な説明をうけ理解しましたので、検査を受けることに同意し署名します。

20　　年　　月　　日

社会医療法人 春回会　井上病院長 殿

患者さまの署名（自署）　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

本人が、同意の意思表示が困難な場合は、代筆者の署名に代える。
併せて、患者さまの署名欄にも、患者氏名を代筆願います。

代筆者さまの署名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

患者さまとの続柄　：＿＿＿＿＿＿＿＿.

私は、当該患者に、今回行う 造影 X線ＣＴ検査の必要性と危険性について説明を行い、検査を受けることに同意を得ました。

20　　年　　月　　日

検査依頼施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医の署名（自署）　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

造影 X線CT検査を受けられる患者さまへ （FAX/放射線科用）⑥

今回実施する検査は、“ヨード系造影剤”という薬剤を使用して行う検査です。
ヨード系造影剤は、比較的安全な薬剤ですが、一般の薬と同じように、まれに副作用が起こる場合がありますので、検査を安全に行うために下記項目に〇でお答えください。

造影 X線CT検査 問診票

次の項目に“はい”がある場合は、造影検査ができない場合があります。

①	今までに、造影剤（注射･点滴）を用いた検査を受けたことがありますか ？	はい ・ いいえ
	“はい”と答えられた方は、詳しく教えてください。 CT検査，腎臓検査，胆のう検査，血管造影，MRI検査，その他（　　）	
②	①で“はい”と答えられた方で、何らかの副作用はありましたか ？	はい ・ いいえ
	“はい”と答えられた方は、症状について詳しく教えてください。 発疹，かゆみ，吐き気，嘔吐，頭痛，その他（　　）	
③	今までに、気管支喘息（きかんしぜんそく）と言われたことがありますか ？	はい ・ いいえ
	“はい”と答えられた方は、詳しく教えてください。 現在治療中，以前治療していた，その他（　　）	
④	アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか ？	はい ・ いいえ
	“はい”と答えられた方は、詳しく教えてください。 じんましん，アトピー性皮膚炎，アレルギー性鼻炎，花粉症，薬（　　） 食物（　　），その他（　　）	
⑤	現在、糖尿病の治療をしていますか ？	はい ・ いいえ
	“はい”と答えられた方で、ビグアナイド系糖尿病薬を服用していますか ？	はい ・ いいえ
	メトホルミン塩酸塩、塩酸ブホルミン、その他（　　）	
⑥	今までに、心臓病、腎臓病、甲状腺機能亢進症 と言われたことがありますか ？	はい ・ いいえ
	“はい”と答えられた方は、詳しく教えてください。 （　　）	

※	血清クレアチニン値、年齢、性別を記入して下さい。 ３ヶ月以内の値で、現在、排尿等に問題がなければ採血の必要はありません。 血清クレアチニン値：　　.　　mg/dl　　年齢：　　歳　　性別：男・女	基準値 外 ・ 内

スタッフ用 特記事項記入欄	技師 確認印

・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・・＊・

造影 X線CT検査 同意書

私は、造影 X線CT検査について説明をうけ、造影検査を受けることに同意いたします。
また、緊急処置が必要となった場合も適切に処置されることに同意し、上記問診票の記載に相違ないので署名いたします。

20　　年　　月　　日

社会医療法 春回会　井上病院長 殿

患者さまの署名（自署）　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.
本人が、同意の意思表示が困難な場合は、代筆者の署名に代える。
併せて、患者さまの署名欄にも、患者氏名を代筆願います。

代筆者さまの署名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

患者さまとの続柄　：＿＿＿＿＿＿＿＿.

検査依頼施設医の署名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.
ただし、同意はいつでも撤回することが出来ます。

スタッフ記入欄

問診聴取者：＿＿＿＿＿＿　　eGFR　　.　　ml/min/1.73㎡　判定＿＿＿＿.

検査日　20　　年　　月　　日　　造影担当看護師：＿＿＿＿＿＿　　検査担当技師：＿＿＿＿＿＿.

造影 X線CT検査 予約票　（患者さま用）

③

造影CT検査は、X線と造影剤を利用して人体の断層画像を撮影する検査です。ベッドに寝た状態でドーナツ状のCT装置の中に入っていき、目的の部位を検査します。検査において痛みはありませんが、X線による必要最小限の被ばくを伴います。
以下に検査についての注意点を記しますので、必ずお読みください。なお、検査について不明な点がございましたら、医師、看護師あるいは検査担当技師にお尋ねください。

患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿さま

あなたの検査予約日時は、

20　　年　　月　　日（　）　午前・午後　　時　　分 検査開始予定です。

検査部位は、　　です。　**時間厳守で来院願います。**

☑ 検査予約時間の ６時間前から 絶食してください。（全部位）
ただし、水，お茶，白湯 などの水分は、摂取するよう心がけてください。

☐ 検査予約時間の ２時間前から 排尿を止めてください。（骨盤腔のみ，前立腺のみ）
※ 担当スタッフの方へ：検査部位が骨盤腔，前立腺の場合は、上記 ☐ に ✔ を入れてください。

1．**必ず、検査予約時間の15分前までに、１階 総合受付で受付を済ませてください。**
予約時間に遅れる、あるいは来院できない場合は、必ず下記番号まで連絡をお願いいたします。
連絡なく遅れて来院された場合は、再予約となる場合があることを了承願います。
☎ ０９５-８４４-１２８２（放射線科直通）

2．受付後、２階 画像診断部受付へお越しいただき、CT検査待合室でお待ちいただきます。

3．検査時間は、30分程度です。トイレは、制限が無ければ検査前に済ませておいてください。

4．検査予約時間を厳守するよう最大限の努力をしていますが、救急患者対応等により検査開始時間が遅れたり、順番が入れ替わる場合がありますがご了承願います。
※ 検査開始時間が遅れる、順番が入れ替わる場合は、検査担当者が事前にお願いに伺います。

5．腹部の検査の方は、検査予約時間の６時間前から絶食して下さい。水分(水,お茶,白湯のみ)や血圧薬の摂取は普通にかまいませんが、コーヒー、牛乳、ジュース類は飲まないで下さい。
また、インスリン投与中の方は、担当医の指示に従ってください。

6．胸部や腹部の検査は、息を止めて検査を行います。詳細は、検査時に検査担当者が説明いたします。

7．検査中は、最初決めた位置から体を動かさないようにして下さい。また、もし気分が悪くなった場合は、声に出して検査担当者に伝えてください。

8．腹部造影ＣＴ検査のＸ線被ばく線量は、約30mSv（ミリシーベルト）です。X線感受性が高いとされる胎児に、何らかの影響を及ぼす可能性があるとされる100 mSvを越えることはまずありませんが、妊娠している、あるいは妊娠している可能性がある女性は、不要な被ばくを避けるため、必ず担当医師にご相談ください。