

足立乳腺クリニック CT 検査問診票・同意書

造影用

氏名: _____ 様 ID No. _____ 説明医師: _____

検査日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) _____ 時 _____ 分 検査部位: _____

・検査時間の 30 分前に総合受付へ起こしてください。

・検査当日、必ず CT 検査問診票・同意書をご持参ください。

◆ 当院 CT 検査は線量を適正に管理し、目的に応じて最適化を行っています。

◆ 下記の質問にお答えください。

体重をご記入ください。..... _____ kg

* 検査の適正化のために必要です。

1. 心臓ペースメーカーを使用していますか?..... いいえ・はい

ペースメーカー手帳を持参されない方は検査できません。

2. 妊娠の可能性がありますか?(女性の方のみ)..... いいえ・はい・わかりません

* 妊娠の可能性がある場合原則検査できません。

現在授乳されていますか?(女性の方のみ)..... いいえ・はい

* 授乳中の方は母乳の中に造影剤が分泌されますので、造影剤投与後 24 時間は授乳を避けてください。

3. 次のような病気にかかったことがありますか?..... いいえ・はい

気管支喘息、薬物過敏症(アレルギー)、花粉症・鼻炎、じんましん(原因: _____)

甲状腺機能亢進症(バセドウ氏病)、その他(_____)

糖尿病 (内服薬を教えてください。 _____)

糖尿病用剤を内服されている方は、処方医に確認してください。

4. 人工透析をされていますか? いいえ・はい

5. 腎機能に異常があると言われた事がありますか? いいえ・はい

具体的に(_____)

6. 今までに CT 造影剤を使った検査をしたことがありますか? いいえ・はい

“はい”と答えられた方にお尋ねします。

その検査中または検査後に、何らかの症状(副作用)が現れたことがありますか?

..... いいえ・はい

発疹、発赤、口内違和感、くしゃみ、あくび、咳、嘔気、嘔吐、腹痛、寒気、

意識消失、血圧低下、その他(_____)

過去の造影検査で発疹・かゆみが出た方、現在気管支喘息で治療中の方は原則造影剤を使うことができません。

私は検査の目的、その必要性の説明を受け、理解しましたので今回の 単純・造影 CT 検査に同意します。

足立乳腺クリニック 院長 殿

年 月 日

説明医師署名: _____

患者氏名: _____

代理人の場合: _____

上記を確認しました。

Cre:

GFR:

確認者 _____

氏名: _____ 様 ID No. _____ 説明医師: _____

検査日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) _____ 時 _____ 分 検査部位: _____

・検査時間の 30 分前に総合受付へお越しください。

・検査当日、必ず CT 検査問診票・同意書をご持参ください。

・ご都合が悪くなった場合は、下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

連絡先: 電話 075-723-0811 ファックス 075-723-0816 メール yoyaku@nyusen.com

検査を行うには以下の説明をお読み頂き、よくご理解いただいた上で別紙検査同意書にサインをして頂く必要があります。

1. CT 検査を受けられない可能性のある方

▶次のような方は CT 検査を受けられないことがあります。担当医にあらかじめお知らせ下さい。

・妊娠中、または妊娠している可能性のある方。

・心臓ペースメーカー、自動体内除細動装置などの医療機器が体内にある方。

※ペースメーカー装着の患者様は必ずペースメーカー手帳を持参の上、検査時に提出してください。

2. 検査について

▶CT 検査はドーナツ状の筒の中に入り、エックス線を用いて身体の断面の写真を撮る検査です。

検査時間は撮影目的によりますが 5～15 分程度になります。

ベッドが動きますので急に動かれることのないようにお願いいたします。

▶撮影の障害になりますので必要に応じてアクセサリ、湿布、入れ歯等を外して頂く場合があります。

3. お食事について

▶検査前に絶食する必要はありませんが、直前の食事はお控えください。

▶腹部検査の一部については絶食が必要な場合がありますので担当医の指示に従ってください。

4. 被ばくについて

▶当院 CT 検査は線量を適正に管理し、目的に応じて最適化を行っています。

5. 小児をお連れになられる場合

▶1 人でお待ちになれない小児をお連れになつての来院はご遠慮ください。

6. 造影検査の注意事項

▶次のような方は造影検査を受けられないことがあります。担当医にあらかじめお知らせ下さい。

- ・喘息(気管支・咳・小児)で治療中、既往歴のある方。
- ・腎機能障害のある方。
- ・過去に CT 造影剤で副作用が起こった方。

◎糖尿病薬を服用されている方へ

ビグアナイド系糖尿病用剤を内服されている方は、内服を中止していただく必要があります。
服用されている方は処方医に申告し、内服中止の指示を受けて下さい。

7. 造影剤について

▶病気のより正確な診断を行うために、静脈内にヨード造影剤と呼ばれる薬剤を投与して検査を行います。

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。

▶授乳中の方は造影剤投与後 24 時間は授乳を避けて下さい。

8. 造影剤の副作用について

▶副作用の症状には次のようなものがあります。

◎軽い副作用:かゆみ、発赤、吐気、嘔吐、くしゃみ、頭痛など。基本的に治療は必要ありません。

頻度は約 100 人につき 3 人以下(3%以下)

◎重い副作用:不整脈、けいれん、腎不全、意識消失、呼吸困難など。原則的には治療が必要です。

頻度は約 1 万人に 3 人程度(0.03%程度)

◎極めて重い副作用:重度の副作用のうち入院を必要とするもの。

頻度は約 10 万人に 3 人程度(0.003%程度)

病状・体質によっては死亡する場合があります。(約 100 万人に 3 人以下)

◎以前に造影剤を用いる検査を受け、副作用のなかった方でも副作用が起こる可能性があります。

9. 造影剤の投与について

経静脈投与になりますので注射があります。静脈には個人差があり、薬剤が血管外に漏れやすい方もおられます。漏れた部位が腫れて、痛みを伴うこともありますが、時間とともに吸収されますので心配ありません。漏れた量が多い場合には、別の処置が必要となることもあります。

10. 造影検査後の注意

▶使用した造影剤は尿中に排泄されるため、検査終了後は水分(お茶・水等)を積極的に摂って下さい。

▶極めてまれですが、造影剤の副作用として検査後数日以内に動悸、頭痛、吐気、かゆみ、じんましん等の症状が現れることがあります。症状が現れた場合は当院まで連絡していただき、その指示に従って下さい。

