

造影CT検査説明予約票

様

検査予定日

()

検査の 30 分前には受付をお済ませ下さい。

- * 当日、予約時間は状況により多少前後する可能性があることをご了承下さい。
- * 紹介状・検査予約票・問診票・保険証を一緒にご持参下さい。
(当院診察券をお持ちの方は、診察券もご持参下さい)
- * ペースメーカーなど(ICD: 植込み型除細動器・CRT-P: 心臓再同期ペースメーカー・CRT-D: 両室ペーシング機能付き植込み型除細動器) 植込み後の方は、ペースメーカー手帳・カードをご持参下さい。

あなたが受ける検査は、検査当日の(☐ 朝食 ☐ 昼食) は絶食が必要です。

- ・検査当日は、少量のお水・お茶のみ飲んで頂いてもかまいません。
- ・前日～当日は、アルコールの摂取は避けて下さい。

その他注意事項

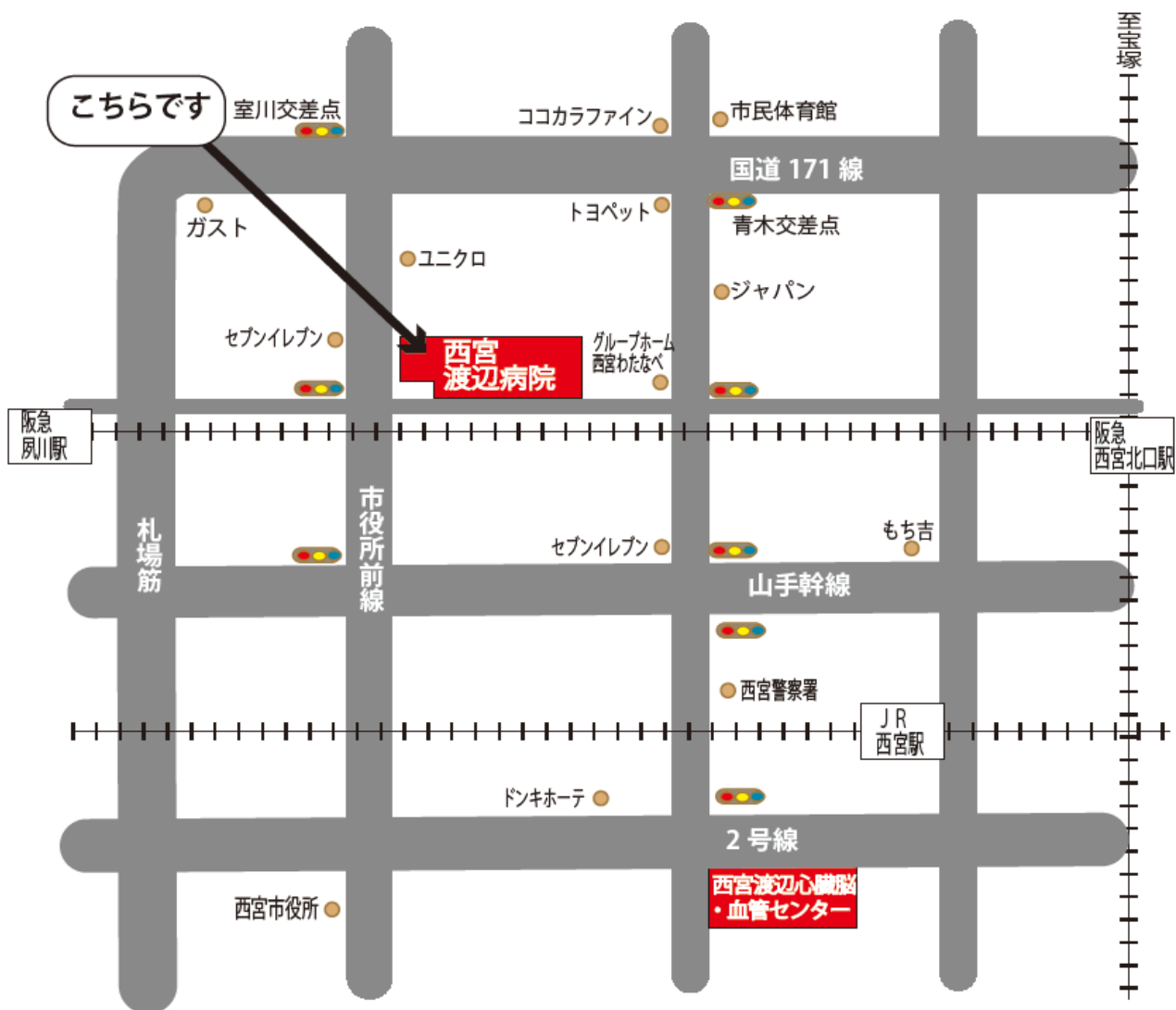
- ・糖尿病治療中の方で、ビグアイド系糖尿病薬を内服されている方は、検査後2日間(月 日 ～ 月 日) 内服しないで下さい。
- ・その他の糖尿病薬(内服薬およびインスリン注射) については絶食中のみ使用しないで下さい。
- ・その他の方は、通常通り内服薬をお飲み下さい。

検査の準備・注意事項

- ・ネックレス・指輪・ヘアピン・ピアスなどの金属類・シップ・エレキバン・カイロ・補聴器・入れ歯などは外しておいて下さい。補聴器・入れ歯は検査直前でも構いません。
- ・検査時は、撮影部位に関係なく検査衣に着替えて頂きます。
(検査衣の下はパンツのみの着用となります)
- ✓ 当日、体調の悪い方は早めに看護師にお申し出下さい。
- ✓ その他、分からないことがあればお申し出下さい。
- ✓ ご予約の変更は早めに連絡下さい。
- ・検査室に入りましたら放射線技師が誘導いたします。

説明医師

社会医療法人渡邊高記念会 西宮渡辺病院 西宮市室川町10-22
TEL 0798 (74) 2630 FAX 0798 (74) 0199



- JR西宮駅から徒歩15分
- 阪急西宮北口駅から徒歩20分
- 阪急夙川駅から徒歩21分

社会医療法人渡邊高記念会 **西宮渡辺病院**
 西宮市室川町10-22
 TEL 0798 (74) 2630 FAX 0798 (74) 0199

I D :
カナ氏名:
患者氏名:
生年月日:

造影CT 検査問診票

身長 _____ cm 体重 _____ kg

コード造影剤を用いたCT 検査を安全に受けて頂くために、以下の質問にお答え下さい。

1. これまでに造影剤（注射）を使った検査を受けたことがありますか？
該当する検査全てに○をつけて下さい。
() いいえ () はい CT 検査 ・ MRI 検査 ・ カテーテルなどの血管造影検査 ・
尿路造影 ・ その他 ()
2. 1. で「はい」とお答えになった方のみお答え下さい。造影剤を使った検査の時、帰宅後を含めて何か異常はありましたか？該当するものに全て○をつけて下さい。
() いいえ () はい CT 検査 ・ MRI 検査 ・ () 検査で異常があった。
かゆみ ・ じんましん ・ 吐き気 ・ 息苦しさ ・ その他 ()
3. アレルギー性の病気にかかったことや、アレルギー体質と言われたことがありますか？
該当するものに全て○をつけて下さい。
() いいえ () はい 喘息（治療中 ・ 治療していない ・ 過去に症状があったが () 年間
発作なし） ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・
薬や食物アレルギー ・ その他 ()
4. 次の病気にかかったことがありますか？該当する病気全てに○をつけて下さい。
() いいえ () はい 糖尿病 ・ 甲状腺機能亢進症 ・ 多発性骨髄腫 ・ 褐色細胞腫 ・
マクログロブリン血症 ・ テタニー
5. これまでに手術を受けたことがありますか？
() いいえ () はい → どのような手術ですか？ ()
6. ペースメーカー ・ ICD（植込み型除細動器） ・ CRT-D（両室ペーシング機能付き植込み型除細動器） ・
CRT-P（心臓 ・ 再同期ペースメーカー）を植え込んでいますか？
() いいえ () はい (ペースメーカー ・ ICD ・ CRT-D ・ CRT-P)
7. 現在、授乳中、妊娠しているまたはその可能性がありますか？**あるいは不妊治療中でしょうか？**
() いいえ () はい (授乳中 ・ 妊娠中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 不妊治療中)

依頼医記入欄（以下項目をご確認下さい）

- ☐ 腎機能について確認した。 クレアチニン _____ mg/dl、eGFR _____ mL/min/1.73m2
採血日 (_____)
eGFR < 45 で検査前後の補液*、eGFR < 30 で造影以外の検査をご考慮下さい。
- ☐ ビグアイド系糖尿病薬の服用の有無について確認した。
服用している場合は、造影剤使用後2日間の休薬を指示して下さい
(_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日)
- ☐ 造影剤の副作用歴について確認した。

年 _____ 月 _____ 日 患者の署名 _____ 確認医師 _____

【同意書への署名ができない事由】

- ☐ 検査に対する説明を口頭で行い、同意の取得はできたが、自筆での署名ができないため、
後日同意書への署名する予定。
- ☐ 【氏名 _____ 続柄 _____】に対して電話で説明し同意を得たが、直ちに来院することが
できないため、来院時に同意書への署名する予定。
- ☐ 意識レベルの低下により説明に対する同意が得られないが、救命のための検査や処置が必要であるとの
医師の判断において同意書への自筆の署名がなくとも検査や処置を実施する。

いずれも詳細は診療録参照。

医師署名 _____

I D :
カナ氏名
患者氏名
生年月日

造影C T検査に関する説明書

検査・手術・治療を受けられる前に、必要性、方法、効果、危険度や合併症について説明します。
内容を理解され、受けることを了承された場合は、同意書に証明をお願いします。
わかりにくい場合は、その都度遠慮なくお尋ねください。

説 明 日 時 : _____
説 明 場 所 : _____
説 明 を 受 け た 人 : ☐ 患者本人 ・ ☐ その他 (_____)
主に説明を行った者 : _____
病 院 側 同 席 者 : _____

1.病名、病状について

2.検査・手術・治療の名称・対象となる部位（検査予定日、予定時間） 造影C T検査

3.検査・手術・治療の目的、必要性 造影剤を使わない場合と比べ、診断のために重要な情報をC Tから新たに得ることができま す。

4.検査・手術・治療の方法 造影剤とはC T検査において白く写る検査薬で通常は静脈内に投与されます。水溶性ヨード造 影剤という種類が用いられ、注射された造影剤が、血液の流れによって全身の血管や臓器に分 布し血管や臓器の様子がわかりやすくなります。腎機能が正常であれば、投与4時間で75% が排泄されます。

5.検査の有益性、手術・治療の経過・効果・成功率 造影剤を使うことにより初めて判明する病気を、検出したり評価したりすることが出来ること があります。使用しない場合、適切な診断や治療方針、治療経過の評価が出来なくなる可能性 があります。

6.予測される合併症とその頻度、合併症に対する処置

全ての方に安全な薬剤は残念ながらなく、造影剤も一定の頻度で副作用が生じ、完全に予測することもできません。しかし、副作用が生じる可能性が高い病気や体質がないか、造影剤の影響を受けやすい病気がないか、前もって確認することで、安全性を高めることができますので、問診票の質問にお答えください。アレルギー体質の方は副作用が現れる可能性が約3倍高く、とくに気管支喘息の方では約10倍高いといわれます。

そのため、気管支喘息の方には原則的に造影剤は投与出来ません。

- ・軽度の副作用：吐き気や嘔吐、動悸、頭痛、かゆみ、じんま疹、くしゃみなどが2.5～3% (40人に1人程度) みられますが、これらは治療の必要が無いが、1～2回の投薬や注射で回復するものです。

- ・重い副作用：血圧低下や意識障害、喘息発作・呼吸困難など、特別な救命処置や入院が必要な副作用が、ごくまれに0.004% (2.5万人に1人程度) 現れます。場合によっては後遺症が残る場合があります。

- ・病状や体質によっては、非常にまれではありますが、0.00025% (40万人に1人程度) で死に至った報告もあります。

- ・副作用の起こる時期：通常は造影剤投与後1時間以内に現れるものが多く「即時型副作用」と呼ばれます。1時間以上経過してから数日後までに、かゆみ、じんま疹などの皮膚反応などが現れることがあり「遅発性副作用」と呼ばれます。このような症状が現れた場合は、受診した医療機関で「造影剤を使用したこと」をお伝えください。

- ・万が一、検査中に嘔吐されると、誤嚥の危険性があるため、検査前4時間は食事制限をお願いします。

- ・造影剤は腎臓から排泄されるため、腎機能が悪い方はさらに悪化させる可能性があります。問診票でも確認しますが、必要な処置については主治医とご相談下さい。また検査までふだん通り水分を十分にとってください。

- ・腎臓から排泄される他の薬剤の作用に影響することがあるため、他の医療機関からのものや市販薬もふくめ、服用されているお薬はすべて主治医にお伝えください。特に、糖尿病のお薬を飲まれている方は、検査前の一定期間お薬を止めていただく必要がある場合が有りますので、かならず主治医とご相談ください。

- ・造影検査中は、放射線科医と放射線技師、看護師が常に観察しており、何らかの異常が現れた場合は直ちに造影を中止して、必要な最善の対処を致します。また検査終了後も特に異常がないか確認させていただきます。

- ・まれにですが、造影剤を注入した時に血管外に漏れ、注入部位が痛みを伴って腫れたり、青く変色したりすることがあります。少量であれば自然に消えますが、大量に漏れた場合は処置が必要となることもあります。

- ・検査後は、特に制限いただく事はありませんが、造影剤の排泄をうながすため、水分をおとりください。

7.実施に伴う危険度、死亡率

血圧低下や意識障害、喘息発作・呼吸困難など、特別な救命処置や入院が必要な副作用が、ごくまれに0.004% (2.5万人に1人程度) 現れます。場合によっては後遺症が残る場合があります。病状や体質によっては、非常にまれではありますが、0.00025% (40万人に1人程度) で死に至った報告もあります。

8.代替手段の有無・内容と比較

基本的に造影剤は、使用して初めて診断出来る場合に適用されますが、病気によっては造影剤を用いないCTを使用しても診断が可能な場合があります。造影剤の要否は病状や既往歴などと合わせて、総合的に判断されます。

MRIが代用となる可能性がありますが、造影剤を用いたCT検査をすべて代替することはできません。

9.他の方法の選択の自由、セカンドオピニオンについて

この、検査・治療を受けるか受けないかは、ご自身の自由な意思で決めることができます。主治医やご家族等の信頼している方に相談されるなどして、よくお考えの上、ご自分の意思で決めてください。他院の医師の意見を聞く機会をもつこと（セカンドオピニオンといいます）も可能ですので、その際はお申し出ください。

この検査・治療を受けるか受けないかを、ご自身で決定できない場合、ご家族等の信頼できる人に委ねることもできます。その場合、主治医やご家族等で十分に話し合い、あなたにとって最善の方針をとっていきます。

10.同意書の撤回の自由、追加説明可能であることについて

検査・手術・治療に同意をされた後でも、希望にそぐわない場合は、取り消すことができます。同意を取り消された場合でも、当院の対応において患者様が不利益を被ることはありません。一度説明を聞いても疑問点や不明点、納得できない場合は、担当医師あるいは医療従事者にお尋ねください。

11.その他

別紙説明書類（イラストなど）がある場合は参照下さい。

I D : _____
カナ氏名 _____
患者氏名 _____
生年月日 _____

造影CT検査に関する同意書

社会医療法人渡邊高記念会 西宮渡辺病院 院長 殿

私は説明文書に則って、説明を受け、内容を理解しましたので、同検査・治療を受けることに同意します。なお、検査実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には適宜処置されることについても同意します。また、検査画像などを匿名化した上で学会等学術的に使用することや、検査中に医療機器・医療材料のより安全でより適正な使用および操作を図るため、医療機器メーカーおよび業者が立ち会いを行うことにも同意します。

年 月 日

患 者 氏 名

【自署・代筆】

代理人または同席者氏名

続柄
()

代理人住所

※患者氏名欄は患者さまご本人が署名してください。

※患者さまが未成年もしくは署名できない場合はその保護者や親族などの代理人が署名してください。

※代理人が『入院申込誓約書及び身元保証書』における身元保証人さまと異なる場合、代理人住所欄をご記入ください。

私が文書と口頭で十分な説明を行い、納得の上で同意が得られたことを確認いたします。

医師署名

【同意書への署名ができない事由】

☐ 検査に対する説明を口頭で行い、同意の取得はできたが、自筆での署名ができないため、後日同意書への署名する予定。

☐ 【氏名 続柄 】に対して電話で説明し同意を得たが、直ちに来院することができないため、来院時に同意書への署名する予定。

☐ 意識レベルの低下により説明に対する同意が得られないが、救命のための検査や処置が必要であるとの医師の判断において同意書への自筆の署名がなくとも検査や処置を実施する。

いずれも詳細は診療録参照。

医師署名