ID

CT 造影剤を使用する検査のための問診票および同意書

この用紙は必要事項記入後、検査当日かならずお持ち下さい（忘れられますと検査できない場合があります）

◎検査を安全に実施するために該当する項目□にレ印を入れて下さい

1．「CT 造影剤を使用する検査のための説明書」をお読みになりましたか？

□ はい　□ いいえ→お読み下さい。

2． 今までに造影剤を用いて検査を受けたことがありますか？

□ なし

□ あり：□ＣＴ □ＭＲＩ □血管造影 □腎盂造影 □胆道造影

□子宮卵管造影 □その他（　　）

3． 2．で検査を受けたとき、副作用はありましたか？

□ ない

□ あり：□かゆみ □吐き気 □くしゃみ □嘔吐 □発疹

□ショック状態 □その他（　　）

4． 下記の病気と医師に言われたことがありますか？

□腎臓（腎機能）が悪い □気管支ぜんそく □甲状腺機能亢進症 □心臓病

□腎性全身繊維症 □肝臓病 □多発性骨髄腫 □褐色性細胞腫

5． 下記のアレルギー性の病気がありますか？

□お薬・食べ物のアレルギー（　　）

□花粉症 □アトピー □じんま疹 □その他（　　）

6． 両親、兄弟にじんま疹、気管支喘息などアレルギー体質の方はおられますか？

□ なし

□ あり（　　）

7． 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？

□ いいえ　□飲んでいる　（薬のなまえ：　　）

飲んでおられる薬の名前がわからない場合はその薬を当日お持ちになって下さい

8． eGFR の値と採血日を記入ください 数値未記入の場合は、検査実施できません

eGFR（　　）　採血日　　月　　日

検査予定日：　　年　　月　　日

同意書

説明日：　　年　　月　　日

検査説明医師　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

私は、造影剤に関して、その必要性と副作用の可能性について説明を受け理解しましたので、造影剤を使用することに同意します。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も承諾します

記入日：　　年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

保護者または代理人　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄（　　）

(注)保護者または代理人欄は、本人が未成年者または署名できないときなどにご記入ください

独立行政法人 国立病院機構 東近江総合医療センター 放射線科

TEL 0748-22-3030（代表）

ID

CT 造影剤を使用する検査のための説明書

この用紙は造影剤検査の必要性、副作用についての説明書です。検査当日までに必ずお読みになって下さい。造影前より点滴を行いますが水分制限の無い方は、造影剤の排泄を促す為に検査前は水分を普段より多めに摂取しておいて下さい。

＊造影剤について

① 検査をおこなう上でより詳しい画像情報を得るために用いる検査用薬剤です。
② 通常静脈注射で行います。

＊造影剤の副作用について次のようなものがあります。

① 軽い副作用：嘔気、嘔吐、かゆみ、発疹などで頻度は３%程度
（基本的に治療は要しないものです）

② 重い副作用：呼吸困難、血圧低下、意識障害などで頻度は 0.04%程度
（通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります）

③ 他の薬剤と同様に症状、体質によっては、死亡例の報告があります。
（４０万例に１件で 0.00025%との報告があります）

④ 副作用は、造影剤を使用した直後から症状が出る場合が大半ですが、１時間～１週間ほど経過してから症状が出てくる場合もあります（遅発性副作用）。異常が出たときは、速やかに、昼間は担当科、夜間は救急外来へご連絡下さい。
⑤ 万一副作用が現れた場合、最善の処置を施しますので気分不良や違和感など有りましたら遠慮せず検査担当者に申し出て下さい。
⑥ 検査内容に承諾し同意書を提出されたあとでも、当日の体調不良や検査を受けたくなくなった場合は、主治医または診療放射線技師ご相談下さい。

＊検査後の注意

造影検査後は、水、お茶などの水分をいつもより多めに飲んで下さい。医師により水分制限をされている方は、医師の指示どおりにして下さい。

＊その他の注意

① 糖尿病のお薬（メトグルコ・メタクト・メトホルミン・ジベトス・ジベトスＳ・ネルビス・メデット・グリコランなど）を飲んでおられる方は、検査前後２日間（検査日を含めて５日間）、糖尿病のお薬を服用しないで下さい。
② 造影剤は母乳中に移行しますので、造影剤注射後４８時間の授乳は控えて下さい。

この造影検査説明書で解らないことや質問などありましたら担当医、診療放射線技師、看護師にご質問、ご相談下さい。

独立行政法人国立病院機構 東近江総合医療センター 放射線科
TEL 0748-22-3030