

# CT造影検査、説明承諾書

身長  cm

作成日 年 月 日

患者名 \_\_\_\_\_

体重  Kg 依頼医師 \_\_\_\_\_

検査予約日時 年 月 日 ( ) 時 分

腎機能検査値 [採血日: 年 月 日]

血清BUN : \_\_\_\_\_ mg/dl

クレアチニン : \_\_\_\_\_ mg/dl

簡易GFR( eGFR ) : \_\_\_\_\_

※測定値は概ね3ヶ月以内のもの

**\*腎機能検査値に記入がない場合は造影検査を行うことが出来ません。**

I 検査部位 ( )

II 検査の内容説明 造影検査はヨード造影剤を静脈注射しながら検査を行います。

III 副作用について 造影剤は、検査する部位(臓器)をより詳しく調べる目的で使用する薬です。稀に気分が悪くなったり、蕁麻疹がでることがあります。また、非常に稀ですが、患者様の体質によっては強いアレルギーが起こり、入院や救急処置が必要になることがあります。死亡率は、0.0005%~0.00025%とされています。

☆ 当院では医師が監督または近くに待機し検査を行う体制を整えております。

IV 問診(造影剤を使用する検査をより安全に行なう為に、次の質問にお答え下さい)

① 今までに甲状腺疾患と言われたことがありますか？  
(は い ・ いいえ)

② 今までに造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがありますか？  
(CT、血管造影、腎盂造影、胆のう造影等)  
(は い ・ いいえ)

\*その時 蕁麻疹、吐き気、くしゃみ等の副作用が出たことがありましたか？  
(は い ・ いいえ)

③ 気管支喘息と言われたことはありますか？  
(は い ・ いいえ)  
\*その他 アレルギー性の病気があればお答え下さい。

( )  
④ 今までに食べ物や薬により蕁麻疹が出たことがありますか？  
(は い ・ いいえ)

⑤ 今までに腎臓の病気で治療を受けたことがありますか？  
(は い ・ いいえ)  
\*出来れば具体的に

( )  
⑥ 授乳中ですか？(造影剤使用後48時間は授乳を避けて下さい。)  
(は い ・ いいえ)

⑦ 現在糖尿病の治療をしていますか？(服用している薬: )  
(は い ・ いいえ)

(ピグアナイド系経口糖尿病薬の場合は休薬が必要となりますので、検査予約時、ご相談下さい。)

上記に該当する場合は、単純CTに切り替わることがありますのでご了承下さい。

私は上記医師から説明を受けましたので、このたびの造影検査を受けることを承諾します。

自署サイン \_\_\_\_\_

# CT検査申込・説明書

依頼医療機関名

依頼医師

患者名

年齢

歳 性別 ( 男 ・ 女 )

検査予約日時 年 月 日 ( ) 時 分

撮影方法	単純 ・ 単純+造影	来院方法	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー(ベット)
撮影部位	1 頭部 2 眼窩・副鼻腔 3 顎関節・インプラント用 4 頸部 5 胸部	6 上腹部 7 下腹部(骨盤部) 8 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) 9 四肢( ) 10 その他( )	
確認事項	【妊娠 有・無】 【心臓ペースメーカー 有・無】		
経過及び検査目的			

検査当日は、検査説明書(この用紙)、保険証、診察券(お持ちの方)、造影検査承諾書を持って  
**総合受付窓口** で受付後、放射線技術科窓口にお越し下さい。

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  
予めご了承下さい。

検査当日の食事・排尿制限(腹部検査を受けられる方のみ)

検査が午前の場合、朝食はとらないで下さい。

検査が午後の場合、昼食はとらないで下さい。

※検査予約時間の6時間前から絶食です。

検査前2時間は排尿しないで下さい。

※血圧の薬・心臓の薬・喘息の薬は飲んで下さい。

※お水・お茶を口をうるおす程度飲んで頂いても結構ですが  
病院来院後の水分摂取はご遠慮下さい。

ペースメーカー・ICD(除細動器)がある患者様は検査前に主治医に申し出て下さい。

※ 本体を避けて撮影する場合があります。

1週間以内にバリウムの検査を受けた患者様は検査前に主治医に申し出て下さい。

※ 胸部・腹部の場合に限ります。

検査着への着替えがあります。

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下さい。

胸部や腹部の検査は、撮影中に息を止めて行います。(約20秒間です。)

妊娠の可能性のある患者様は、担当技師へ必ず申し出て下さい。

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

ご都合がつかず検査を延期又は中止されたい方は、できるだけ早く連絡して下さい。

◎予約変更の場合には診察券の番号が必要になりますので、予めお調べになった上で  
ご連絡くださいますようお願いいたします

# 造影CT検査説明書

(患者様用)

依頼医療機関名

依頼医

患者名

年齢

歳 性別 ( 男 ・ 女 )

( ) の検査を行います。

予約日時: 年 月 日 ( ) 時 分

検査当日は、検査説明書（この用紙）、保険証、診察券（ある方）、CT申込書、**造影検査承諾書**を持って  
予約時間の20分前までに

**総合受付窓口** で受付後、放射線技術科窓口にお越し下さい。

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  
予めご了承下さい。

□検査時間は C T 造影検査では約30分

※検査内容により所要時間が異なります。

C T 検査は造影剤を使用しなくても行えますが、疾患によっては  
正確な診断ができない場合があります。  
そのため、より詳細な情報を得るために造影剤という検査薬を使用します。

□検査当日の食事・排尿制限 □検査が午前の場合、朝食はとらないで下さい。  
□検査が午後の場合、昼食はとらないで下さい。  
**※検査予約時間の6時間前から絶食です。**  
□検査前2時間は排尿しないで下さい。

□血圧の薬・心臓の薬・喘息の薬は飲んで下さい。

ただしCT造影検査を受けられる方で糖尿病治療薬を服用されている場合は医師の指示に従ってください。  
(ピグアナイド系糖尿病薬と造影剤を併用すると、乳酸アシドーシスがあらわれるおそれがあるため服用の一時中止が必要となります)

※お水・お茶を口をうるおす程度飲んで頂いても結構ですが  
病院来院後の水分摂取はご遠慮下さい。

□ペースメーカー・ICD（除細動器）がある患者様は検査前に主治医に申し出て下さい。  
**※ 本体を避けて撮影する場合があります。**

□1週間以内にバリウムの検査を受けた患者様は検査前に主治医に申し出て下さい。  
**※ 胸部・腹部の場合に限ります。**

□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下さい。

□胸部や腹部の検査は、撮影中に息を止めて行います。（約20秒間です。）

□妊娠の可能性のある患者様は、担当**技師**へ必ず申し出て下さい。

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

□ご都合がつかず検査を延期又は中止されたい方は、できるだけ早く連絡して下さい。

◎予約変更の場合には診察券の番号が必要になりますので、予めお調べになった上で  
ご連絡くださいますようお願いいたします