造影CT検査　予約票

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

【検査部位】 頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤腔 ・ （　　）

【造影剤使用】 あり

【検査日時】＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日＿＿＿曜日　午前 ・ 午後 ＿＿＿時＿＿＿分

※ 検査予約時間の 20 分前までにご来院下さい
※ 予約日時にご来院出来ない場合はお早めにご連絡ください

――――――ＣＴ検査はエックス線を用いる検査です ――――――

検査前のお願い

1. 検査当日の【 朝食 ・ 昼食 】は食べずにご来院下さい。
2. 腹部,骨盤腔の検査は、検査の１～２時間前から排尿（オシッコ）をしないでください。
3. ビグアナイド系の糖尿病薬は医師指示のもと
   検査前２日・検査後２日（合計４日間）の服用はお止めください。
   〈ビグアナイド系糖尿病薬〉
   メトグルコ錠・メトホルミン塩酸塩錠・メタクト配合錠・グリコラン錠・エクメット配合錠
   イニシンク配合錠・ジベトス錠・ジベトンＳ腸溶錠　など

★次の□のものは身につけて検査が出来ません。検査前に外していただきます。

□　頭の検査
　補聴器・入れ歯・かつら・ヘアピン・眼鏡など・ピアスなど

□　胸・腹の検査
　金属やプラスチック：ネックレス・ブラジャー・コルセット・ファスナーなど
　貼り薬：湿布・エレキバン・カイロなど

・検査時間は、15 分～30 分程度になります。
・検査開始時間は進捗状況により前後することがありますので予めご了承ください。
・予約時間を過ぎると検査できない場合がありますので予めご了承ください。
・予約時間までにご来院できない場合は、必ず電話連絡をお願いします。
・妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査を行うことができない場合がありますので、
　スタッフにお知らせください。
・別紙『CT の造影剤使用に関する説明書』をお読みください。

社会福祉法人 浅草寺病院　　電話　03-3841-3330

ＣＴの造影剤使用に関する説明書

【造影剤について】

今回実施するＣＴ検査はヨード造影剤という薬剤を使用します。造影剤は、病気の有無や性質、範囲を正確に評価するために用いられるものです。造影剤を使用するかどうかは、検査の目的や部位によりさまざまですが医師により判断されます。

今までに造影剤で副作用の起こった方は、原則として造影剤は使用できません。副作用歴のある方は必ずお知らせください。

【造影検査当日の流れについて】

1. 検査当日の食事は６時間前までとしてください。
2. 検査を始める前に点滴を行います。
3. 検査中・検査終了後気分が悪くなったら、すぐにお申し出ください。
4. 検査終了後、造影剤はすべて尿として排泄されますので、当日はお水やお茶などの水分を多めに飲んでください。食事は普通に取られてもかまいません。なお、水分制限されている方は担当医師にお申し出下さい。

【副作用について】

造影剤を使用すると、まれに副作用が起きることがあります。ぜんそくやアレルギー体質でこの確率は高くなります。副作用の種類は次のようなものです。

1. 軽い副作用

   吐き気、かゆみ、くしゃみ、咳、咽喉頭（のど）違和感、動悸、頭痛、発疹などです。

   造影剤投与直後に現れることが多いですが、検査の１～２日後に発生することがあります。

   これらは治療を要さないか、投薬や注射が必要となる場合があります。
2. 重い副作用

   呼吸困難、ショック、意識障害、血圧低下、腎不全などです。

   このような副作用は、入院治療が必要です。場合によっては後遺症が残る可能性もあります。発生確率は 0.01％～0.02％です。また、症状・体質によっては、0.0005％～0.001％（10～20 万人に１人）で死亡する場合もあります。

これらの症状は造影剤使用直後から 1 時間以内に生じることがほとんどです。検査中はスタッフが状態を注意深く観察していますので、体調の異変を感じられた方はすぐにお申し出ください。

ごくまれに検査後数時間から数日後に発疹、吐き気、かゆみなどの遅延性の副作用が現れることがあります。症状発現時には受診していただく場合がありますので、下記連絡先までご連絡ください。

社会福祉法人 浅草寺病院　　電話　03-3841-3330

造影ＣＴ検査　問診票・同意書

【問診】 ①～⑥を必ず確認してください。以下に該当する方は検査が出来ない場合があります。

① 造影剤を使用した検査を受けたことがありますか	（ はい・いいえ ）
何の検査でしたか □CT　□MRI　□血管造影　□腎臓造影　□その他（　　） その時、副作用はありましたか	（ はい・いいえ ）
② アレルギー体質はありますか	（ はい・いいえ ）
何のアレルギーですか □薬　□食物　□その他（　　）	
③ 次の病気がありますか	（ はい・いいえ ）
□気管支喘息　□甲状腺機能亢進症　□腎臓病	
④ 発作が起こるような病気はお持ちですか	（ はい・いいえ ）
□心臓病　□てんかん　□その他（　　）	
⑤ 糖尿病の治療中ですか	（ はい・いいえ ）
ビグアナイド系糖尿病薬を服用している方は、造影検査の２日前から服用しないでください。 □メトグルコ錠　□メトホルミン塩酸塩錠　□グリコラン錠 □イニシンク配合錠　□メタクト配合錠　□エクメット配合錠 □ジベトス錠　□ジベトンＳ腸溶錠　□その他（　　）	
⑥ 女性の方にお聞きします。 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか 現在、授乳をしていますか	 （ はい・いいえ ） （ はい・いいえ ）
造影剤は母乳中に移行します。 ※ 造影剤投与後３日間は授乳しないでください。	

造影剤施行（　可能　・　不可　）　確認医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明事項及び問診事項を読みました。
内容を十分理解した上で、造影検査を受けることに同意します。

＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

患 者 署 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人記入が困難な場合　代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄＿＿＿＿）