

# 造影CT(X線)検査問診票

造影CT(X線)検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答えください。

検査日：西暦 年 月 日  
記入日：西暦 年 月 日 患者名 (患者ID )

代理で記載された場合 代理者氏名 続柄 ( )

問診項目		医師 確認欄
・ 今までに造影剤を使用した事がありますか	はい・いいえ	
・ 造影剤を使用した時に副作用はありましたか 副作用 ( 発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・息苦しさ・その他 )	はい・いいえ	
・ アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか 【 】	はい・いいえ	
・ 今までに喘息と言われた事がありますか	はい・いいえ	
・ 今までに腎臓の働きが悪いと言われた事がありますか	はい・いいえ	
・ 甲状腺機能亢進症と言われた事がありますか	はい・いいえ	
・ 現在、下記の糖尿病薬を飲んでいますか イニシンク配合錠・エクメット配合錠LD・エクメット配HD・ グリコラン錠・ジベトス錠・ジベトンS腸溶錠・ネルビス錠・ メタクト配合錠LD・メタクト配合錠HD・メデット錠・メトアナ錠 メトグルコ錠・メトホルミン塩酸塩錠・メトリオン錠・メルビン錠 ※ヨード系造影剤を使用する場合、検査当日と翌日は服薬中止して下さい。	はい・いいえ	休薬日 / から / まで
・ 心臓にペースメーカーを埋め込んでいますか	はい・いいえ	
・ 造影剤を使用するにあたり、体重を教えてください。	Kg	
<b>女性のみ</b>		
妊娠中または妊娠の可能性はありますか	はい・いいえ	
・ 現在、授乳中ですか	はい・いいえ	
<b>放射線技師 記入</b>		
・ 最後に食事を摂った時間を教えてください。	昨日・本日	時 分

# CT 用造影剤の使用に関する説明書・同意書

## 1. 造影剤使用検査とは

造影剤を血管内に注入しながら行う X 線検査で、造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などがより詳しく描出され、診断に大変役立ちます。

## 2. 造影剤の副作用

検査中あるいは検査後しばらくしてから、下記のような副作用が起こる事があります。

- ① 軽い副作用（頻度は3～5%）  
吐き気・嘔吐・頭痛・めまい・発疹・かゆみ・手足のむくみ・せき・発熱など
- ② 重い副作用（頻度は約 2500 人に 1 人）  
呼吸困難・血圧低下・意識障害など
- ③ 死亡例（非常にまれ）  
検査 30 万人に 1 人程度、当院ではそのような事例はありません。

※血管外に造影剤がもれる場合があります。これにより、注射部位の腫れ、痛み、内出血を生ずる事があります。通常は時間が経てば自然に吸収されるので心配はありません。

## 3. 造影剤で副作用が生じる危険が高い状態

以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が非常に高く、造影検査を行わない事がありますので別紙の問診表に記入をお願いします。

- 1) 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こした事のある方
  - 2) 気管支喘息やアレルギー体質と診断されている、また診断された事のある方
  - 3) 重い腎臓の機能低下がある、あるいは腎臓の病気があると診断されている方
- ※授乳中である場合、造影剤使用後 48 時間は授乳を避けて下さい。

## 4. 副作用の予知について

今回の造影検査で副作用を起こすかどうか、あらかじめ調べる方法は今の所ありません。

## 5. 緊急時の対応

造影剤注入時は、看護師もしくは医師が立ち会っており、万が一副作用が生じた場合には迅速に対処いたします。また、検査終了後数時間～数日後に何らかの異常が現れた場合にはご連絡下さい。

吉田病院 電話：(0166) 25-1115

私は医師から上記の説明を受け、検査を受けることに同意します。

また、副作用がみられた時には必要な処置を受けることを承諾します。

(同意した場合でも、検査を拒否し、中止することができます。)

記入日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 患者 ID ( \_\_\_\_\_ )  
代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

## 6. 検査を拒否する場合

CT検査の必要性について説明を受けましたが、CT検査を受けることを拒否します。  
また、そのことによる結果について、担当医、担当技師、病院の責任を追及しません。

記入日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 患者 ID ( \_\_\_\_\_ )  
代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

患者控

## CT用造影剤の使用に関する説明書・同意書

### 1. 造影剤使用検査とは

造影剤を血管内に注入しながら行うX線検査で、造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などがより詳しく描出され、診断に大変役立ちます。

### 2. 造影剤の副作用

検査中あるいは検査後しばらくしてから、下記のような副作用が起こる事があります。

- ① 軽い副作用（頻度は3～5%）  
吐き気・嘔吐・頭痛・めまい・発疹・かゆみ・手足のむくみ・せき・発熱など
- ② 重い副作用（頻度は約2500人に1人）  
呼吸困難・血圧低下・意識障害など
- ③ 死亡例（非常にまれ）  
検査30万人に1人程度、当院ではそのような事例はありません。

※血管外に造影剤がもれる場合があります。これにより、注射部位の腫れ、痛み、内出血を生ずる事があります。通常は時間が経てば自然に吸収されるので心配はありません。

### 3. 造影剤で副作用が生じる危険が高い状態

以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が非常に高く、造影検査を行わない事がありますので別紙の問診表に記入をお願いします。

- 1) 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こした事のある方
  - 2) 気管支喘息やアレルギー体質と診断されている、また診断された事のある方
  - 3) 重い腎臓の機能低下がある、あるいは腎臓の病気があると診断されている方
- ※授乳中である場合、造影剤使用後48時間後は授乳を避けて下さい。

### 4. 副作用の予知について

今回の造影検査で副作用を起こすかどうか、あらかじめ調べる方法は今の所ありません。

### 5. 緊急時の対応

造影剤注入時は、看護師もしくは医師が立ち会っており、万が一副作用が生じた場合には迅速に対処いたします。また、検査終了後数時間～数日後に何らかの異常が現れた場合にはご連絡下さい。

吉田病院 電話：(0166) 25-1115

私は医師から上記の説明を受け、検査を受けることに同意します。  
また、副作用がみられた時には必要な処置を受けることを承諾します。

(同意した場合でも、検査を拒否し、中止することができます。)

記入日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 患者 ID ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## 6. 検査を拒否する場合

CT 検査の必要性について説明を受けましたが、CT 検査を受けることを拒否します。  
また、そのことによる結果について、担当医、担当技師、病院の責任を追究しません。

記入日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 患者 ID ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

# CT 造影検査を受けられる方へ

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_ : \_\_\_\_頃

検査前に処置があります、**30分前**に受付してください



## 検査当日

- 朝食は食べられません
- 昼食は食べられません

インスリンや糖尿病薬を内服している方は休薬が必要です

## 検査直前

- 金属の付いた衣類（ワイヤーやフック）を着用の方は更衣が必要な場合があります。
- 造影剤を注入するために、点滴用針を使用します  
点滴を行いながら検査を行い、終了後に針を抜きます



## 検査後

- 普段より多めに水分を摂ってください。
- 食事や運動に制限はありません。

不明な点や質問がありましたらお問い合わせください

吉田病院 外来 TEL：25-1115