

放射線科 CT造影検査 予約票

1/3ページ

検査日時			
I D		性 別	
氏 名		生年月日	
主治医			
科 名			

◇食事について →

- ☐朝食不可(午前検査)
☐昼食不可(午後検査)

- (1) 水分(水、お茶)は飲んでもかまいません。
 (2) 服薬中の薬は主治医の指示がない限り、普通どおり服用して下さい。

CT 検査を受ける方へ

- (1) 予約時間の15分前に1階10番紹介患者窓口までお越しください。
 (2) 検査は10分から40分程度かかります。詳しくは担当者にお尋ねください。
 (3) CT 検査はX線を使用するために、妊娠の可能性のある方は事前に担当者に申し出てください。また、金属類は撮影の妨げとなる場合がありますので、検査前に外していただくことがあります(補聴器、入れ歯、ヘアピン、ネックレス、下着類の金属、ホック等)。
 検査の際には更衣室がありますので着替えをしていただく場合がございます。
 (4) より良い診断のために造影剤を使用いたします。その際、副作用(吐き気、嘔吐、かゆみ、じんま疹など)が発生する可能性があります。
 過去にぜんそく、注射・点滴・薬での副作用、心臓疾患、アレルギーなどのある方は、事前に申し出てください。また、造影剤使用は検査後から1週間くらいまでは副作用(じんま疹、頭痛など)が発生する場合があります。万が一症状が現れたときは、病院(受診科)までご連絡ください。
 (5) 糖尿病治療薬を服用されている方は休薬(お薬を飲まない期間)が発生する場合があります。検査時に申し出てください。

※ 予約の変更やご不明な点がございましたら受診科までお問い合わせください。



公立福生病院

〒197-8511 東京都福生市加美平 1-6-1 042-551-1111 (代表)

当院では造影剤を使用して検査を行うために安全な体制を整えています。

以下の項目をお読み頂いてご理解されましたら、同意書に署名してください。

CT造影検査について

CT検査はX線とコンピューターを使用して体の断面像を撮影して病気の有無を調べる方法です。多くの施設（病院）で診断に不可欠な検査として広く行われています。病気の存在診断や質的診断を、より正確に行うために造影剤というお薬を静脈に注射をいたします。造影剤は安全性の高い薬ですが患者様によっては体に合わない場合もあります。それを副作用と呼びます。

■副作用の種類

- ① 軽度副作用 →吐き気、動悸、かゆみ、発疹などで基本的には様子を見て、治療はしません。
起こる確率は100人に3～4人程度です。
- ② 中度副作用 →①の症状が続き、軽度な治療が必要なもの。
- ③ 重度副作用 →呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は治療が必要となります。後遺症の残る可能性があり、ときに入院、手術が必要で後遺症が残る場合もあります。このような副作用が起こる確率は25,000人に1人程度です。
病状、体質によっては40万人に1人程度で死亡する場合があります。
- ④ 遅発性副作用→検査数日後（1週間ぐらいの間）に、吐き気、嘔吐、じんましん、頭痛などが起こることがあります。

※造影剤を注射する時、体が熱くなることがありますが注入の刺激によるもので心配はありません。

※検査後または帰宅後、お気づきの点がありましたら受診科までお問合せください。

■血管外漏出（造影剤注射時の血管外への漏れ）

造影剤を使用する際には腕の血管より注入します。注入には十分注意して行っておりますが患者さまの体格、年齢等で血管の状態も様々であり注入中に漏れる場合（1000人中3～9人）があります。漏れる量にもよりますが軽度から重度の症状を示すことがあります。症状により適切な処理を行います。まれに漏れた箇所を手術する場合があります。

■検査後の注意事項

- ①検査後は水分（お茶、水）を多めに摂ってください。（いつもの倍ぐらい）
- ②検査後1週間くらいまでは副作用が出る可能性があります。じんましん、吐き気、嘔吐、などが発生した場合は受診科までご連絡ください。
- ③針を刺した部分は患者様により紫色（青タン）になる場合がありますが時間が経つに従い薄くなりますのでご心配いりません。いつまでも消えない場合、痛み、しびれが残る場合は受診科にご連絡ください。



公立福生病院

CT 造影検査のための問診票・同意書

3/3 ページ

◆造影剤を安全に使用するために下欄の該当項目に□にチェック(☑)または記載にてお答えください。

- ① 以前に造影剤（注射）を使用した検査（レントゲン撮影）で副作用はありましたか
あった時どのような症状でしたか。
☐ 検査したことがないので不明
☐ いいえ
☐ はい 検査⇒☐ CT・☐ MRI・☐ その他（ ）
症状⇒☐ 発疹・☐ 嘔吐、嘔気（はきけ）・☐ 頭痛・☐ その他（ ）
- ② 以前に以下の病気と言われたことはありますか。
☐ いいえ（ありません）
☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ 甲状腺機能低下症 ☐ 甲状腺腫
☐ 喘息⇒☐ 過去に言われたが現在は治療していない ☐ 現在治療中、薬名（ ）
☐ 腎臓（腎機能低下、腎不全）が悪いと言われた
☐ アレルギー⇒☐ アトピー性皮膚炎 ☐ アレルギー性鼻炎（花粉症）
☐ 薬アレルギー（ ） ☐ 食物アレルギー（ ）
- ③ 現在、糖尿病の薬を服用していますか。
☐ いいえ ☐ はい（お薬の名前： ）
- ④ 現在妊娠中、妊娠の可能性がありますか（女性のみ）。
☐ いいえ ☐ はい ☐ 不明

◆上記の問診で「はい」と回答された場合、造影剤の副作用が生じやすく造影検査ができない場合もありますので予めご了承願います。以上、造影剤の必要性を十分にご理解のいた
だいたうえで、検査にご同意いただければ、下欄にご署名をお願いします。

CT 造影検査同意書

私は、造影剤使用検査の利点や造影剤の副作用につき説明を受け、造影剤使用の危険性について
十分理解しました。

造影剤の投与を受ける事に、

同意します ・ 同意しません （どちらかを○で囲む。説明を受けた後でも撤回はできます。）

年 月 日

公立福生病院 殿

患者（署名）： _____

親族または代理（署名）： _____

※親族または代理人は、ご本人が未成年または署名できない事由がある場合にご記入下さい。

CT 造影剤使用（ 可 ・ 不可 ） 医師名 _____ 印

◆病院（放射線科）側記入

書類確認者チェック&サイン ☐ チェック欄確認 ☐ 患者同意書確認 確認者サイン _____



公立福生病院

〒197-8511 東京都福生市加美平 1-6-1 042-551-1111（代表）