

国保水俣市立総合医療センター CT 検査説明書 (患者用)

患者氏名 _____

予約日 _____

検査当日は受付をお済ましの上、検査予約時間の
20分前までに放射線科にお越し下さい。

あなたの検査は、(単純検査 ・ 造影検査) です。

あなたの検査は、食事の制限はありません。

あなたの検査は、食事の制限があります。

検査が午後の方は当日の昼食は食べないで下さい。

※ 水分の制限はありませんので水分は普通に摂取しておいて下さい。

服用中のお薬は医師の指示がない限り普通通りに服用して下さい。

インシュリンの自己注射は食止めに合わせて中止してください。

1. 服用中のお薬は医師の指示がない限り普通通りに服用して下さい。

★インシュリンの自己注射は食止めに合わせて中止してください。

★**糖尿病薬 (ビグアナイド系糖尿病薬)** は制限がありますので注意してください。

※ビグアナイド系糖尿病薬を内服中の患者にヨード造影剤検査を行う場合、造影検査後 48 時間休薬する

2. 心臓ペースメーカーや除細動器 (ICD) を装着している方は、必ず手帳をお持ち下さい。

3. 検査の時間は10～15分程度です。洋服、下着などの金属類は外して検査します。

4. 造影検査の方は検査前に血管確保のための点滴をします。

5. 妊娠中、または妊娠している可能性のある方は、必ず検査前に看護師、放射線技師、医師にお知らせ下さい。

6. 緊急検査、救急患者の受け入れのため予約時間より実際の検査時間が多少遅れる場合がありますのでご了承下さい。

8. 造影剤排泄を促進するために検査後は十分水分を取るようにして下さい。

9. なお、わからないことがありましたら担当技師、担当医師に遠慮なくご質問下さい。

10. 造影 CT において、**直近 3 ヶ月以内の採血 (血清クレアチニン・eGFR・カリウム・カルシウム)** データのコピーが必要です。事前にファックスにて送付して頂きますよう
よろしくお願ひします。

ヨード造影剤問診表および同意書(依頼機関用)

※ 造影 CT 検査予約の際は、以下の項目について記載をお願い致します。

患者氏名 _____

生年月日 _____

予約日 _____

病院名 _____

1. 以前に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。
 いいえ はい その内容 (_____)
2. 造影検査を受けたことのある方で、副作用と思われることがありましたか。
 いいえ はい その内容 (_____)
3. 心臓病、糖尿病、腎臓、甲状腺などの病気の治療をしていますか。
 いいえ はい 病名 (_____)
4. ビグアナイド系糖尿病薬のお薬を飲んでいますか？
 いいえ はい 薬剤名 (_____)
ビグアナイド系糖尿病薬 (グリコラン錠、メドット錠、メトリオン錠、メルビン錠、ネルビス錠、メタクト配合錠、メトグルコ錠、メトホルミン、塩酸ブホルミン錠、ジベトスB錠、ジベトンS錠など)
5. 蕁麻疹が出やすい、喘息がある、花粉症があるなどのアレルギー体質がありますか。
 いいえ はい その内容 (_____)
6. 両親、兄弟姉妹等に気管支喘息、アレルギー体質の人がいますか。
 いいえ はい その内容 (_____)
7. 過去に薬物による過敏症がありますか。
 いいえ はい 薬剤名 (_____)
8. 妊娠していますか。
 いいえ はい (最終月経 _____ 月 _____ 日から _____ 日間)
9. ペースメーカー・ICDを体内に埋め込んでいますか。
 いいえ はい (ペースメーカー or ICD植込み型除細動器)
10. 造影剤の使用、副作用についての説明 (済 ・ 未)
 非イオン性造影剤静注法による副作用の頻度
 * 軽症 (蕁麻疹、嘔気、嘔吐、血管外漏出など) 2~3%
 * 重症 (血圧低下、呼吸困難、意識消失など) 0.1%以下
 * 数時間~数日後に上記副作用が現れる場合があります。症状が発現し持続する場合には速やかに受診科または放射線科にお尋ね下さい。

炭酸水素ナトリウム負荷 (可 ・ 不可)

【慎重投与】

1. うっ血性心不全, 重症高血圧症 いいえ はい
2. 末梢及び肺浮腫 いいえ はい
3. 低カルシウム血症 いいえ はい
4. 低カリウム血症 いいえ はい

副作用	
発現部位等	頻度不明
過剰投与, 電解質	アルカローシス, 高ナトリウム血症, 低カリウム血症
過剰投与, 血液	血液凝固時間延長
過剰投与, 骨格筋	テタニー
神経系	口唇しびれ感, 知覚異常
投与部位	血管痛
その他	発熱, 全身冷感, 不快感, 貧血, 悪心, 徐脈等

上記の説明を受け、造影剤使用および検査を受けることに同意します。

(平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日記入)

問診医氏名 _____ 患者氏名または保護者氏名 (署名) _____

Cre 値 (_____ mg/dL) eGFR 値 (_____ ml/min/1.73m²)

採血日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 **必須項目**

※直近3ヶ月以内の採血(血清クレアチニン・eGFR・Ca・K)データのコピーが必要です。