

【CT 検査注意事項】

※検査当日は、この診療情報提供書 兼検査申込書・紹介状・保険証・熊本再春医療センターの診察券（お持ちの方）をご持参ください。
検査予約時刻の 30 分前に、総合受付へおいでください。

- 1) 検査当日は、なるべく金属等の付いていない服装で検査を受けてください。
- 2) 当日は最初に総合受付で受付をされ、放射線科へおいでください。
- 3) 検査は、15 分程度で終了しますが、検査部位・検査方法で多少変わることがあります。
- 4) 救急患者対応のため、検査の順番が変わることがありますのでご了承ください。
- 5) **腹部や造影検査の場合は、次の注意事項を必ず守ってください。**
 - ・午前の検査の場合は、朝食を食べないでください。
 - ・午後の検査の場合は、昼食を食べないでください。

※水分（水やお茶）は通常通りお取りください。ただし、牛乳・ヨーグルトは避けてください。
- 6) 造影検査では『非イオン性ヨード造影剤』という検査薬を使用します。
この薬はごくまれに投与後から 1 時間～数日後においても次の症状が現れることがあります。
発疹（かゆみ） ・ 発熱 ・ 吐き気 ・ めまい ・ 胸が苦しい など
なにか異常がありましたら、来院されるか、電話で下記にご連絡ください。
※造影検査後は普段より水分を多くとってください。
- 7) 糖尿病薬を内服されている方は造影剤が使用できない場合があります。事前に薬品名をお知らせください。（ビグアナイド系糖尿病薬は、検査前後 2 日間の休薬が必要）
- 8) 予約日時に来院できない場合には、事前に下記までご連絡ください。

検査のお問合せ・ご連絡先

熊本再春医療センター 放射線科

熊本県合志市須屋 2659 TEL 096-242-1000（内線 330）

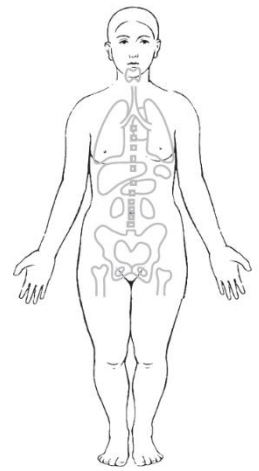
診療情報提供書 兼 CT 検査申込書

検査日	年	月	日	時	分頃
ふりがな				生年月日	MTSHR 年 月 日
患者氏名					
紹介元 医療機関名	病院・医院				
TEL				紹介元主治医	

検査部位記入

○で囲み () に部位の詳細を記載してください ※例 四肢 (膝)

- | | | |
|---------|---------|------------------|
| 頭部 () | 頸部 () | |
| 胸部 () | 腹部 () | 検査範囲を記載してください |
| 骨盤部 () | 脊椎 () | |
| 四肢 () | 冠動脈 () | インプラント (上顎骨・下顎骨) |
| その他 () | | |



臨床診断記入

主訴・臨床経過・所見等

検査目的・希望事項

・下記から選択してください

・造影 CT の場合、下記に数値を記載してください

①単純 CT	②造影 CT	体重 kg	クレアチニン mg/dl
--------	--------	-------	--------------

下記の項目等の有無について主治医がチェックしてください

- | | |
|---------------------|-------------------|
| ヨード造影剤検査歴 (無 有) | HB 抗体 (+ - 不明) |
| 造影剤副作用歴 (無 有) | HCV 抗体 (+ - 不明) |
| 喘息・アレルギー (無 有) | MRSA (+ - 不明) |
| 腎機能障害 (無 有) | Wa 氏反応 (+ - 不明) |
| 甲状腺疾患・結核菌排菌 (無 有) | その他 () |
| 妊娠 (無 有) | |

ビグアナイド系糖尿病薬の内服 (無 有 薬品名 []) ※検査前後 2 日間の休薬が必要

造影 CT 検査の場合、下記の書類による説明後、同意書の取得をお願いいたします。
同意書は検査時に持参してください。

下記の同意書は造影検査依頼時のみ必要となります。
直筆での記載をお願いいたします。

診療行為に関する説明と同意書（CT造影剤）

（ 検査 治療 手術 輸血 その他 ）

当院では、患者さまの権利を守り、患者さまが安心して診療を受けられるよう、担当医師は検査・治療・手術・輸血などの診療行為について十分な説明を行い、患者さまの自由な意志決定による同意を得たうえで診療を行うこととしております。担当医師の説明内容について理解納得され、その診療行為の実施に同意される場合はご署名をお願いいたします。

なお、同意を拒否されたり同意を撤回されることがあっても、診療上の不利益を受けることはありません。また、他の医療機関での診療行為をご希望の場合（セカンドオピニオン）は、その旨の診療情報を提供いたします。

国立病院機構熊本再春医療センター

診療行為の名称：CTヨード造影剤使用（静脈内注射）

1. 必要な理由および期待する効果

ヨード造影剤使用により、検査目的とされる病変の存在、性質の診断、また血管性病変の描出が向上します。

2. 方法の概略

ヨード造影剤を静脈内投与します。通常、成人では約100mlのヨード造影剤を緩徐あるいは急速投与します。小児では、体重に応じ必要量を投与します。

3. 危険性および合併症

造影剤は、多くの場合人体に無害です。しかし、ごくまれに副作用のみられることがあります。

1) CT造影剤の副作用の頻度

軽症：100人に1人以下

（治療不要なかゆみや腹部不快感、嘔気、嘔吐、熱感、息切れ等）

重症：6000人に1人以下

（治療の必要な不整脈、ショック、痙攣、腎不全、意識消失等）

死亡：非常にまれ

（20万人に1人程度）

2) これらの副作用の多くは検査時間内、或いは検査終了6時間以内に起こりますが、発疹などは5～6日後に起こることもあります。帰宅後、異常を感じられた場合は当院にご連絡ください。時間内は放射線科医、時間外は救急当直医が対応いたします。

3) アレルギー症状、注意すべき疾患の既往がある患者様について

次の既往がある患者様については、副作用を生じる可能性がやや高くなりますので、検査依頼医にお申し出のうえ、よく相談してください。

①患者様ご本人または血縁者に喘息やアレルギー体質の人がいる

②以前、造影剤使用で気分が悪くなったことがある

③重い腎臓の病気がある

④著明な甲状腺機能亢進症がある

4. 副作用出現時の対応

万が一、上記の副作用が起こった場合には造影剤注射施行医および当院医療スタッフが迅速かつ最善の処置を行います。

5. 造影剤が血管外に漏出した場合

細心の注意をはらい注射を行います。まれに造影剤が血管外に漏れることがあります。漏れが生じた場合、注射部位を中心とした腫れが生じます。軽症であれば、経過観察にて腫れは消失します。多量に漏れた場合は、血管外の造影剤による神経や動脈の圧迫をきたし、緊急処置が必要となる場合があります。検査終了時、検査医の判断にて処置いたしますが、帰宅後に異常が生じた場合は、当院にご連絡ください。

連絡先 **国立病院機構 熊本再春医療センター**
電話：096-242-1000
時間内：放射線科医
時間外：当直医

6. その他

承諾はその都度戴きますが、入院患者様の承諾書取得は1回の入院につき1回とさせて戴きます。

令和 年 月 日 国立病院機構 熊本再春医療センター

診療科名(部) _____ 説明医師(署名) _____

診療科名(部) _____ 同席者(署名) _____

(同 意 書)

国立病院機構 熊本再春医療センター院長 殿

私は、上記の診療行為について必要な理由、方法、期待しうる効果、危険性および合併症、代替手段、実施しない場合に予想される経過等について十分な説明を受け、納得しましたので実施に同意します。なお、上記の診療行為中に予期しない緊急事態が発生した場合には、医師が必要と判断した緊急処置を行うことにも同意します。

令和 年 月 日

患 者 氏 名 (署名) _____

親 族 等 氏 名 (署名) _____

(患者との続柄： _____)

※患者様が未成年、説明理解や判断に支障がある場合には保護義務者（後見人、配偶者、親権者または扶養義務者）の方にご署名をお願いします。