

竹田総合病院でCT検査を受けられる患者さんへ

____ さんのCT検査は ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 午前/午後 ____ : ____ からです。

※原則的には予約時間優先で検査を行っておりますが、

緊急検査や前処置などでお時間がずれることがありますのでご了承下さい。

受付場所 竹田総合病院 1階 地域医療連携課

受付で【案内票】を受け取ってから

竹田総合病院 2階 画像診断センター受付へご案内いたします。

あなたの検査部位・検査方法は次のようになっています。(検査時間：約20分前後)

<検査部位> 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 四肢 その他

当日は恐れ入りますが、次のことをお守り下さい。

① 検査当日の食事について

午前の検査の場合 — 朝食はとらないで下さい。

午後の検査の場合 — 昼食はとらないで下さい。

(但し、糖尿病の患者様は医師に確認して下さい。)

※主治医の先生より水分制限の無い方は検査の前後にお茶・お水などの水分を脱水予防のためお飲み下さい。

食事を食べてしまった場合、長時間お待ち頂く場合がございます。

② お薬は医師の指示がない限り、通常通り服用して下さい。

※尚、糖尿病のお薬やインスリン注射については医師の指示に従って下さい。

③ 検査前に貴金属類(時計・ネックレス・金属のついた服や下着など)は外して頂く場合があります。

④ 造影剤を使用して検査を受けられた患者さんは、造影剤の排泄を促すために水分は多めにおとり下さい。まれに検査終了後、1時間から数日後にかゆみ・じんましんなどの症状が現れることがあります。その時は主治医の先生までご連絡下さい。

⑤ 検査終了後について

恐れ入りますが、2階フロア受付に【案内票】をお出し下さい。その後、1階の自動会計機で会計をして頂きます。

⑥ 検査結果について

検査結果は概ね7日間程度要します。かかりつけ医療機関に連絡(検査結果が郵送されているかどうか)をとって頂き、主治医の先生から検査結果の説明を聞いてください。

ご都合の悪いとき(検査日の変更等)はかかりつけ医療機関にご連絡下さい。

CT、IVP〔ヨード造影剤使用(注射)〕の説明書・同意書

〔医療機関控え〕

患者氏名：

検査予約日時：

1. ヨード造影剤とは？

この検査薬は X 線に写るため、各種 X 線検査において血管内に注射する薬剤として広く使用されています。CT 検査は造影剤なしでもできますが、ヨード造影剤を注射し検査することにより、更に詳しくあなたの体内の状態を知ることができます。**2. 副作用の種類や発生頻度は？**

①急性副作用：造影剤は比較的安全な薬です。しかし他の薬と同様に過敏症による副作用が出現することがあります。約95%以上が軽症または中等度で、5%以下で重症のことがあります。

〈軽症〉吐気、嘔吐、蕁麻疹、発疹など（50～100人に1人）。多くは心配ありません。

〈重症〉血圧低下、息苦しさ、意識消失（1万～2万人に1人）。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。

②遅発性副作用：稀に、検査後数時間以降に発疹などの症状が出るがありますが、多くは軽度なものです。また前回の検査の際には異常がなくても、今回副作用が出ることもあります。

③ビグアナイド系経口糖尿病薬（グリコラン、メルビンなど）を内服されている患者さんは、腎機能によっては乳酸アシドーシスを生じる可能性があるのでお申し出ください。

3. 検査の必要性

造影剤にはこうした副作用がありますが、主治医はあなたの病気を診断し治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。

4. 注射に同意されれば、下の同意書に署名をお願いいたします。

患者さんが未成年や意識障害のある場合は家族や代理の方でも結構です。もし、造影剤の注射に気が進まなければ、主治医におっしゃって下さい。また、アレルギー体質の方や、持病によっては、副作用が出やすいこともあるので、放射線科医の判断で注射しない場合もあります。これについては検査前に確認させていただきます。

造影剤副作用歴：なし・あり（発疹・吐き気、嘔吐・せき・呼吸困難・血圧低下・その他：）
アレルギー：なし・あり（食物・薬・花粉・じんましん・アトピー・その他：）
気管支喘息：なし・あり（現在薬の服用：なし・あり）

日付

説明医師

立会者

ヨード造影剤使用の同意書

私は造影剤に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しました。私は造影剤の血管内注射に同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

平成 年 月 日 本人のご署名

家族、または代理の方のご署名（続柄）

※患者さんが未成年や意識障害のある場合のみ家族や代理の方の署名をお願いします

CT、IVP〔ヨード造影剤使用(注射)〕の説明書・同意書

〔患者様控え〕

患者氏名：
検査予約日時：

1. ヨード造影剤とは？

この検査薬は X 線に写るため、各種 X 線検査において血管内に注射する薬剤として広く使用されています。CT 検査は造影剤なしでもできますが、ヨード造影剤を注射し検査することにより、更に詳しくあなたの体内の状態を知ることができます。

2. 副作用の種類や発生頻度は？

①急性副作用：造影剤は比較的安全な薬です。しかし他の薬と同様に過敏症による副作用が出現することがあります。約95%以上が軽症または中等度で、5%以下で重症のことがあります。

〈軽症〉吐気、嘔吐、蕁麻疹、発疹など（50～100人に1人）。多くは心配ありません。

〈重症〉血圧低下、息苦しさ、意識消失（1万～2万人に1人）。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。

②遅発性副作用：稀に、検査後数時間以降に発疹等などの症状が出るがありますが、多くは軽度なものです。また前回の検査の際には異常がなくても、今回副作用が出ることもあります。

③ビグアナイド系経口糖尿病薬（グリコラン、メルビンなど）を内服されている患者さんは、腎機能によっては乳酸アシドーシスを生じる可能性があるのでお申し出ください。

3. 検査の必要性

造影剤にはこうした副作用がありますが、主治医はあなたの病気を診断し治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。

4. 注射に同意されれば、下の同意書に署名をお願いいたします。

患者さんが未成年や意識障害のある場合は家族や代理の方でも結構です。もし、造影剤の注射に気が進まなければ、主治医におっしゃって下さい。また、アレルギー体質の方や、持病によっては、副作用が出やすいこともあるので、放射線科医の判断で注射しない場合もあります。これについては検査前に確認させていただきます。

造影剤副作用歴：なし・あり（発疹・吐き気、嘔吐・せき・呼吸困難・血圧低下・その他：）
アレルギー：なし・あり（食物・薬・花粉・じんましん・アトピー・その他：）
気管支喘息：なし・あり（現在薬の服用：なし・あり）

日付

説明医師

立会者

ヨード造影剤使用の同意書

私は造影剤に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しました。私は造影剤の血管内注射に同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

平成 年 月 日 本人のご署名

家族、または代理の方のご署名（続柄）（ ）

※患者さんが未成年や意識障害のある場合のみ家族や代理の方の署名をお願いします