

CT 検査・造影 CT 検査【説明書】

●CT 検査とは

CT とは Computed Tomography を略したもので「コンピュータ断層撮影」という意味があり、身体の周りから放射線の一種である X 線をあて、体を通じた X 線情報をコンピュータで解析し、連続した断層画像（輪切りの画像）を得る検査になります。得られた情報を元に様々な画像を作ることができます。検査時間は 10～20 分程度です。

●被ばくについて

CT 検査では放射線を使用するため被ばくによるリスクがありますが、当院で使用する装置には適切な線量で撮影を行う機能を搭載しておりますので、安心して検査をお受けください。なお、ご不明な点がございましたら担当医もしくは検査担当技師にお尋ねください。

●造影剤について

造影剤は造影 CT 検査で使用する薬剤で、病気の状態をより正確に知ることができ、今後の治療方針の決定に役立てます。造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用の種類は以下のようなものがあります。

◆ 軽い副作用

吐き気・動悸・かゆみ・発疹などがあり、発生確率は約 3%（100 人に 3 人）です。

◆ 重い副作用

呼吸困難、意識障害、血圧低下、急性腎障害、ショックによる心停止など重大な副作用の発生確率は 0.04～0.004%程度（1 万人に 4 人～10 万人に 4 人）です。このような副作用は通常治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。そのため、入院が必要になることもあります。

◆ 遅発性の副作用

ごく稀に発疹、むくみ、かゆみなどの副作用が数時間～数日後（多くは 2 日以内）に現れることがあります。その場合すぐに病院へご連絡ください。

上記の他に、造影剤が血管の外に漏れてしまう血管外漏出を起こす可能性もあります。発生時は直ちに対処しますのでご安心ください。

●食事・水分摂取について(造影検査の方のみ)

検査部位にかかわらず、検査予定時間の 4 時間前より絶食です。水分は取って構いませんが、水・お茶に限ります。

この造影剤はおもに尿から排泄されます。水分摂取制限のない方は、検査後にしっかり水分をお取りください。

CT 検査・造影 CT 検査【問診票・同意書】

患者 ID : _____ 患者名 : _____
生年月日 : _____ 検査日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

安全に検査を行うために以下の質問にお答えください。

● 妊娠している方、又その可能性のある方：[あり ・ なし]

※授乳中の方は造影剤を使用する場合、注入後 48 時間は授乳を中止する必要があります。

以下の質問は造影剤を投与する検査を受けられる方のみお答えください。

● 以前の造影 CT 検査歴：[あり ・ なし]

また、その時に気分不良等異常があれば詳しく記載：[_____]

● ヨード又はヨード造影剤に過敏症の既往歴：[あり ・ なし]

● 重篤な甲状腺疾患の有無：[あり ・ なし]

● 重篤な腎障害(無尿等)の有無：[あり (病名： _____) ・ なし]

腎機能 eGFR 値： _____ Cr 値： _____ BUN 値： _____ (検査日： _____ / _____)

● 該当する疾患にチェックをしてください。

[気管支喘息 重篤な心障害 褐色細胞腫 薬物過敏症 糖尿病]

● アレルギー歴：[じん麻疹 アトピー アレルギー性鼻炎 その他 (_____)]

● ビグアナイド系糖尿病薬 (メトホルミン・ブホルミン等) の服用：[あり (薬剤名： _____) ・ なし]

※検査の前後 48 時間は休薬が必要です。休薬しましたか？：[はい ・ いいえ]

● 体重： _____ kg ※必須 ● 検査前 4 時間以内の食事：[あり ・ なし]

備考欄

確認担当：(_____)

私は、現在の病状、CT 検査について説明を受け、納得しましたので、CT 検査を受けることに同意します。また、必要に応じて造影剤を投与すること、造影剤投与等による重篤な副作用が起こった場合、緊急処置を受けることについても同意します。

※同意はいつでも取り消しを申し出ることができます。

承諾日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 紹介医師： _____

患者または代理人 署名 _____ (続柄 _____)

CT 検査について説明しました _____ 年 _____ 月 _____ 日

出水郡医師会広域医療センター 説明医師： _____