造影 CT 検査　問診票

患者 ID
ふりがな
患者氏名　　様
生年月日　　年　　月　　日
年齢　　歳
性別　男　・　女

検査日時　　年　　月　　日　　時　　分
依頼科
担当医師
看護師

eGFR 換算値	ml/min（測定値は 3 ヶ月以内）

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。該当する方に ✓ を入れてください。
必要時、（　　）にコメントを記入してください。

1	現在の体重を教えてください。造影剤の量を決定します。	体重（　　）kg
2	今までに造影剤を用いて検査を受けたことはありますか。	□ はい　□ いいえ
3	2 で「はい」と答えた方　その時、帰宅後も含め何か異常はありましたか。	□ はい　□ いいえ
4	3 で「はい」と答えた方　どのような異常がありましたか。 《発疹・吐き気・頭痛・かゆみ・呼吸困難・その他（　　）》	
5	今までに気管支喘息と診断されたことはありますか。	□ はい　□ いいえ □ 治療中
6	糖尿病薬を内服していますか。	□ はい　□ いいえ
7	6 で「はい」と答えた方　薬品名を記載してください。 《薬品名：　　》	
8	今までに甲状腺の病気で治療を受けたことはありますか。	□ はい　□ いいえ
9	アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか。	□ はい　□ いいえ
10	9 で「はい」と答えた方　どのような症状ですか。 《蕁麻疹・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・その他（　　）》 《薬物アレルギー：　　》 《食物アレルギー：　　》	
11	腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか。	□ はい　□ いいえ
12	現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか。	□ はい　□ いいえ
13	体内に植込み型除細動器（ICD）はありますか。	□ はい　□ いいえ
14	現在、治療中の病気や手術歴はありますか。	□ はい　□ いいえ
15	14 で「はい」と答えた方　どのような病気・手術ですか。 《　　》	

記入日＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日

患者または家族代理人の署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄＿＿＿＿

聖霊病院

造影 CT 検査　同意書

患者 ID
ふりがな
患者氏名　　様
生年月日　　年　　月　　日
年齢　　歳
性別　　男　・　女

検査日時　　年　　月　　日　　時　　分
依頼科
担当医師
看護師
検査項目

●造影検査

造影検査では、ヨード造影剤を使用して検査を行います。造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などがより詳しく描出され、診断に大変役立ちます。造影剤投与の殆どが腕からの静脈注射で行います。

投与量は患者さんの体重・年齢・症状・検査目的によって異なり、概ね 50～150ml 使用します。

●副作用

検査の際にしては、十分に注意しながら安全に検査が行えるように努めておりますが、造影剤によってごく稀に次のような副作用症状が起こることがあります。

【軽症】 熱感・痛み(血管痛)、吐気、嘔吐、蕁麻疹、発疹、めまいなど
【重症】 血圧低下、息苦しさ、意識消失などで、点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。極めて稀ですが死亡に至った例もあります。
【遅延】 検査後、数時間以降に上記の症状が出ることがあります(遅発性副作用)。
症状が出た時は、病院へ連絡してください。
(平日昼間：各科外来　　夜間・休日・祝日：救急外来)
(副作用 3%　治療を要する 0.3%　重篤率 0.03%　死亡率 0.0003%)

現在のところ、この副作用を確実に予知・予防する方法はありませんが、万一、副作用が起きた場合は適切な処置を行います。以下の既往がある方は副作用の頻度が比較的高く、症状が強く出る場合もありますので事前にお知らせください。

a	今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのある方
b	気管支喘息などのアレルギー性疾患のある方
c	甲状腺疾患歴のある方
d	ほかの薬剤過敏症や蕁麻疹などアレルギー歴のある方
e	腎臓の病気がある方あるいは腎機能が悪いと言われたことのある方
f	ビグアナイド系糖尿病薬を服用している方 ヨード造影剤と併用すると乳酸アシドーシスを起こす可能性があるため一時的に休薬する必要があります。　【休薬期間】検査前後 48 時間

今回使用する造影剤は尿と一緒に排泄（1 日で約 97%）されますので、検査前後は水分を多めに摂取し、排尿に心がけてください。

わからないことがありましたら、いつでもお尋ねください。

造影検査の必要性、副作用について説明を受け理解・納得し、造影剤を用いた検査を受けることに

☐ **同意します**（造影剤を用いた検査をします）　　☐ **同意しません**

記入日＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　患者または家族代理人の署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄＿＿＿＿

聖霊病院