

# 《CT検査説明・問診票》

- 絶食要 ( 4時間前から固形物、牛乳は控えて下さい。  
検査前から夜まで水分は頻回に摂って下さい。 )
- 絶食不要 (単純CTのみの場合は絶食不要ですが、胆嚢を評価する場合は絶食が必要です。)

(内服中のお薬については医師の指示に従ってください)

○今回の検査目的は \_\_\_\_\_ です

## CT検査のご案内・注意事項

CT検査は、身体を透過したX線をコンピューター処理し、体の内部を画像にする検査です。短時間で客観的な画像を撮影できます。撮影目的により被ばく程度は変化します。当院では医療被ばくの低減に努めています。毎年、CT検査の標準的線量を測定し、診断参考レベル以下を目指しています。

## 次のようなことに注意してください。

1. 予約の15分前までに放射線科受付けまでお越しください。
2. 急患などのため検査開始が予定時刻より多少遅くなることがあります。
3. 検査時は金属性のボタン、ヘアピン、眼鏡、アクセサリ、腕時計などの取り外していただきます。
4. 検査時、身体の動きを止めるため、25秒～30秒の息止めをお願いすることがあります。息止めなどの指示は担当技師もしくは人工音声いたします。
5. 妊娠中の方は検査担当者にお知らせ下さい。
6. 血糖測定装置リブセンサーを貼付されている方は、検査担当者にお知らせ下さい。
7. 造影剤（ヨード系造影剤）を使用する場合は副作用が出現することがあります。造影剤には発疹、むかつき、めまい、頭痛、血圧低下などの副作用が起こることがあります。造影剤注入中や検査終了後に気分が悪かったら検査担当者にお知らせ下さい。又、遅発性副作用として検査終了から数時間たって同じような症状が出る場合があります。そのよう時は下記までご連絡ください。

勤務時間中は放射線科

TEL 0852(60)8000 内線 1516

時間外は救急外来

TEL 0852(60)8020

不明な点がありましたら、検査担当者又はCT室にお問い合わせ下さい。

松江市立病院中央放射線科CT室

# 造影CT検査時の問診票

検査予定日時

造影CT検査前に、以下の病状、内服薬などの確認と対応をしてください。

造影剤の副作用予防に水分補給が有効と確認されています。

ただし、水分の量に関しては、心不全や内視鏡検査などの状況に応じて調節してください。

該当する以下の項目を確認してください

1. ヨード造影剤の副作用歴を確認（イソジン副作用も問診してください）

a. 副作用なし（造影剤使用歴 ・ あり なし 不明） 対応A

b. 軽度の副作用（嘔気、嘔吐） 対応B

c. 中等度の副作用（じんましん） 対応C

d. アナフィラキシーショック 対応E

2. 喘息の有無の確認

a. 喘息なし 対応A

b. 喘息があり、過去5年間に治療歴あり 対応C

c. 喘息の治療がない状態で、5年以上発作もない 対応B

3. 喘息以外のアレルギー疾患（花粉症、食物アレルギー、アトピー性皮膚炎など）

a. アレルギーなし 対応A

b. アレルギーあり、アナフィラキシーショック以外の症状 対応B

c. アレルギーあり、アナフィラキシーショック歴あり 対応F

4. 腎機能（原則3ヶ月以内の検査、透析症例は透析前に検査することが望ましい）

a. eGFR > 45ml/min, 該当事項なし・透析症例 対応A

b. eGFR > 45ml/min, 該当事項あり 対応D

c. eGFRが30-45ml/min 対応D

d. 透析されていないeGFRが30ml/min以下 対応E

該当事項;片腎、1ヶ月以上のNSAIDs定期内服など潜在的に腎機能障害を生じるおそれのある病状

5. 甲状腺機能

a. 甲状腺機能が正常あるいは低下 対応A

b. 甲状腺機能亢進状態。ヨード制限中 対応E

対応A 水分制限のない場合は全症例：意識的に頻回に水分を経口摂取。検査前から就寝まで。

対応B 対応Aに加え、検査後30分間、副作用がないことを診療科で観察

対応C 対応Bに加え、検査は、午前中に予定する。検査前12時間と2時間にプレドニン50mgを内服。検査前より診療科で生理食塩水250mlで補液開始し、検査後も持続点滴する。造影剤投与は主治医が行う。

なお緊急症例に限り検査1時間前に側管より抗ヒスタミン剤の投与をし、検査後厳重に観察。

対応D 対応Aに加え、検査1時間前より診療科で生理食塩水500mlで補液開始、検査後も持続。

対応E 造影CTはできない。他の検査を検討する。

対応F CまたはEの対応ですが、病状で判断して下さい。

# 説明書・同意書（CT造影検査）

CTで正しい診断を行うために造影剤を用いた撮像が必要な場合があります。当院では患者様に安心してCTの造影検査を受けていただくために、担当医から十分な説明を行い、患者様の同意を得たうえで検査を行いたいと考えています。担当医説明をお聞きいただき、疑問点をご質問の上納得され、造影検査の実施に同意される場合はご署名ください。どうしても承諾しかねる場合は拒否されてもかまいません。

## 1. 造影剤を使用する意義

造影剤を静脈内に注入することにより全身の腫瘍性病変や血管性病変について精度の高い診断ができます。一部の疾患では造影剤を使用しないと正しい診断できません。

今回は \_\_\_\_\_ の目的に造影剤が必要です。

## 2. 造影剤の副作用について：ごくまれに副作用の見られることがあります。

### (1) CT造影剤の副作用発現頻度

軽症；100人に1人（かゆみや蕁麻疹、腹部の不快感、嘔吐、息切れなど）

重症；6000人に1人（不整脈、ショック、けいれん、腎不全、意識消失など）

死亡；非常にまれ（検査30万人に1人くらい。当院に当てはめると約100年に1人くらい  
の確率となります。）

## 3. 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、担当医にお申し出のうえ、良く相談してください。症状により前日・当日ステロイド内服の上で検査します。

/喘息の既往やアレルギー体質/造影剤使用にて気分不良等の副作用を経験している/  
/重い腎臓の病気がある/甲状腺機能亢進症がある/

## 4. 万一、副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行いますので、安心して検査を受けてください。

私は、今回のCT検査における造影剤の使用について、必要理由、副作用および合併症の内容や頻度について担当医師から十分に説明を受けました。  
なお造影剤使用の最終決定は検査担当医師に委ねます。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

親族または理解補助者（続柄 \_\_\_\_\_）

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

検査目的と造影剤使用の意義と副作用について  造影剤使用に同意します。  
 造影剤使用を断ります。

患者 \_\_\_\_\_ 様に

対して説明し、同意を得ました。

診療所名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_