

# CT 検査予約票

ID :

患者様氏名 :

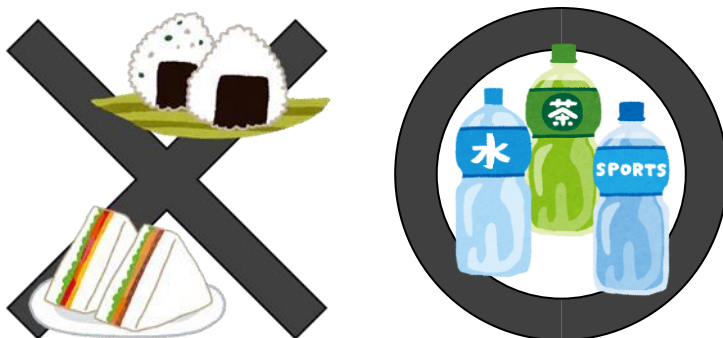
様

検査日 :

検査予定時間 :

検査部位 : 依頼科 : 放射診 病棟 : 造影 CT 検査をうける方へ

- (1) 当日は、検査予定時間の 15 分前に CT 検査室に直接おこしてください。  
検査内容により予定時間が前後することがありますのでご了承ください。
- (2) この用紙 (CT 検査予約票) と造影 CT 検査問診票 (同意書) 提出用を必ず CT 検査室受付へご提出ください。
- (3) 食事について : 検査の 4 時間前から食べないでください。
- (4) 水分について : 検査 1 時間前から水分 (水・お茶・スポーツドリンク等) を 500mL 以上ゆっくりとお飲みください (造影剤による副作用防止・軽減のため)。水分制限のある方は制限内でお飲みください。ただし、牛乳などの乳製品はお止めください。

食事・水分について	特記事項
 <p data-bbox="284 1370 536 1411">4 時間前から絶食</p> <p data-bbox="689 1352 940 1429">1 時間前から 500mL の水分摂取</p>	

- (5) 血液検査のある方 : 可能な限り CT 検査の 1 時間前に採血を済ませてください。  
3 ヶ月以内に採血されていない方は、採血結果が出るまでお待ちください。
- (6) 薬の服用について : 特に制限はありません。  
ただし、糖尿病薬を服用されている方は主治医にご相談ください。また、お薬の説明書もしくはお薬手帳などをお持ちの方は、当日持参してください。
- (7) 心臓ペースメーカーを装着されている方は、ペースメーカー手帳を必ず持参してください。
- (8) 妊娠されている方、またその可能性のある方はお申し出ください。

※ 検査は予約制になっていますので、当日都合で来られない方は下記へご連絡下さい。

連絡先 : 独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター

TEL (06)-6942-1331

ホームページ

<https://osaka.hosp.go.jp/rt/radiodiagnosis/main.html>

## ～造影 CT 検査をうけられる方へ～

1. この検査で使用するヨード造影剤は、病気の診断や、状態を明らかにすることに役立ちます。この薬は安全な薬剤ですが、次のような副作用があります。
  - 1) 軽い副作用：吐き気、嘔吐、動悸、かゆみ、発疹などが、5%以下の割合でおこります。
  - 2) 重い副作用：血圧低下、呼吸困難、意識障害などが、0.1%以下の割合でおこります。注射や点滴、重症の場合は気管内挿管などの処置を行う場合があります、時には後遺症を残すことがあります。病状・体質によっては、0.0001%以下の割合で死亡例が報告されています。
  - 3) 造影剤の注射中に、血管の外に造影剤がもれることがあります。少量もれた場合は特別な処置は必要ありません。造影剤が多量にもれた場合は、皮膚を切開するなどの処置が必要になることがあります。また、注射部位やその周辺の痛み・しびれが残る場合もありますが、非常にまれです。

検査中は医師や看護師が患者様の様子を観察しています。万一、重篤な副作用が起きた場合は、迅速に処置を行なえるように万全の体制を整えております。

2. ヨード造影剤の禁忌ヨード過敏、ヨード造影剤副作用の既往、気管支喘息の方は、重い副作用が発生する確率が高く、造影剤を使用できません。  
また褐色細胞腫、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、重篤な甲状腺疾患、腎機能低下、重篤な心疾患などの疾患の方、ならびに糖尿病のお薬（グリコラン・メルビン・ネルビス・メデット・メトリオンなど）を飲んでおられる方は、造影検査ができない場合があります。

3. 検査前の食事検査の4時間前から食べないでください。

水分はCT検査予定時間の1時間前からお茶、水、スポーツドリンクなどを500mL以上補給してください。

4. 検査時の注意造影剤の注射中に体全体が熱く感じるがありますが、数分で治まり心配ありません。注射

中に針の周囲が痛い場合や、「気分が悪い」・「息苦しい」場合は、ただちにお知らせください。

5. 検査後の注意ヨード造影剤を注射したあとは、水、お茶などの水分をいつもより多く飲んでください。特に次のような場合は、注意してください。

- 1) 医師により水分制限をされている方は、医師の指示どおりにしてください。
- 2) まれに造影剤注射後数日たってから、じんましん、むくみ、血圧低下などの副作用が現れることがあります。その際は当センターにご連絡ください。
- 3) 糖尿病のお薬（グリコラン・メルビン・ネルビス・メデット・メトリオンなど）を飲んでおられる方は、検査終了後48時間、糖尿病（上記）のお薬を服用しないでください。

6. 授乳中のかたへ

通常通り、授乳して頂いてかまいません。

独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター  
TEL (06)-6942-1331

### 造影 CT 検査問診表（同意書）提出用

必要事項にご記入の上、検査当日 CT 室にご提出ください

1. 今までに、造影剤（注射や点滴）を用いた検査をお受けになられたことがありますか？

なし ⇒ 2の質問にお進みください

あり⇒ CT検査 ・ 腎臓の検査 ・ 血管造影 ・ その他（ ）

ありと答えられた方へ その時、副作用がありましたか？

なし  あり ⇒ はきけ ・ 嘔吐 ・ かゆみ ・ 発疹 ・ くしゃみ・鼻づまり  
その他、具体的にお書きください（ ）

2. いままでに喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？

なし  あり ⇒具体的にお書きください（ ）

3. 腎臓が悪いといわれたことがありますか？

なし  あり ⇒ 具体的にお書きください（ ）

4. 薬、注射、食べ物にアレルギー反応はありますか？

なし  あり ⇒ 具体的にお書きください（ ）

5. 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？

なし  あり ⇒ メトグルコ・メタクト・グリコラン・メデット・ネルビス・ジベトス  
ジベトン・メトホルミン塩酸塩錠剤・その他（ ）

6. ヨード造影剤使用量の参考とするため、あなたの体重をご記入ください。

体重（ ） kg

---

## ヨード造影剤を使用する検査に対する同意書

検査の種類：

依頼科：検査予定日：

以下に記載する事項について同意されれば、同意したご本人または代理人の御署名をお願いいたします。

### 同意事項

- 1) 主治医（ ）からヨード造影剤を使用する検査の目的、必要性、副作用について十分な説明を受けて理解した。
- 2) ヨード造影剤を使用すること、もし副作用が生じた場合にはそれに対する処置を受けること。
- 3) 造影検査の了承は、患者様本人または代理人の任意の同意に基づくもので、当院の医師の強引な説得や強制によるものではないこと。
- 4) 造影検査についてさらに詳しい説明を受けたいときは、適宜追加説明を受けることができる。
- 5) 患者本人または代理人は検査を受けることを同意した後、いかなる場合でも撤回ができること。

患者様氏名： 様 ID：

同意日 年 月 日 患者本人又は代理人（続柄 ）：署名

# 造影 CT 検査 同意書 患者様控え

## ヨード造影剤を使用する検査に対する同意書

検査の種類： 依頼科： 検査予定日：

以下に記載する事項について同意されれば、同意したご本人または代理人の御署名をお願いいたします。

### 同意事項

- 主治医（ ）からヨード造影剤を使用する検査の目的、必要性、副作用について十分な説明をうけて理解した。
- ヨード造影剤を使用すること、もし副作用が生じた場合にはそれに対する処置を受けること。
- 造影検査の了承は、患者様本人または代理人の任意の同意に基づくもので、当院の医師の強引な説得や強制によるものではないこと。
- 造影検査についてさらに詳しい説明を受けたいときは、適宜追加説明を受けることができる。
- 患者本人または代理人は、検査をうけることを同意した後、いかなる場合でも撤回ができること。

患者様氏名： 様 ID：

同意日 年 月 日 患者本人又は代理人（続柄 ）：署名

独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 放射線診断科