

造影剤を用いるCT検査を受けられる方へ（同意書）

ID

患者氏名

様

今回実施する CT 検査は”造影剤“という薬剤を血管（静脈）内に注射して行います。造影剤を使用しなくても CT 検査は行えますが、造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確にとらえ、診断・治療をしやすくすることができます。造影剤は、基本的に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。副作用は以下のようなものです。

1) 軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的には治療を要しません。

このような副作用の起こる確率は、約 3,000 人につき 70 人程度、つまり 3%以下です。

2) 重い副作用：呼吸困難・意識障害などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、

後遺症が残る可能性もあります。このような副作用の起こる確率は、約 25,000 人につき 1 人以下、つまり 0.004%以下です。

このように、重篤な副作用の発生する確率は非常にまれですが、決して 100%安全な検査ではないことをご承知ください。

造影剤を注射する時には体が熱くなることがありますが、造影剤による刺激であり心配はありません。機械を使用して、勢いよく造影剤を注入するために、まれに血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収されて心配はありません。しかし、もれた量が多い場合には、別の処置が必要となることもあります。非常にまれです。

当院では造影検査中はCT担当医が常に観察しており、何か異常が現れた場合には造影検査を中止し、最善の対応・対処を行っています。もし何か変だと感じたら、すぐにおっしゃってください。

さらに、検査をできるだけ安全確実に行うために、別紙検査事前問診票へ記入をお願いいたします。

なお、医療の過程で偶発症など好ましくない結果が発生した場合は最善の対処をいたしますが、それに伴う費用は保険診療の一環としてご負担頂くことになります

以上を説明致しました。担当医以外の医師の考え（セカンドオピニオン）を希望される方は申し出て下さい。

年 月 日

説明医師（署名または記名押印） _____ 印

看護師（署名または記名押印） _____ 印

以上の説明を受けました。

・その内容は { ☐よく理解できました。 その上で { ☐納得し同意します。
☐同意しません。
☐十分には理解できませんでした。 その上で { ☐再度説明を希望します。
☐同意しません。

・その他

年 月 日

患者氏名（署名または記名押印） _____ 印

親権者、代理人氏名（署名または記名押印） _____ 印

説明を受けた親族等の氏名（署名または記名押印） _____ 印

患者との続柄（ ）

長野県立信州医療センター 院長 様

C T 造影検査事前問診票

患者 I D		診療科	
氏名	様	検査日時	
生年月日		体重	Kg

[枠内]のあてはまる項目に○をし、()内には具体的な事を書いてください。

- 造影剤を使用して検査を受けたことはありますか。
① ない ② ある (・CT ・MRI ・カテーテル検査) ③ わからない
- 造影剤を使用した時、帰宅後も含め何か異常はありましたか。
① ない ② ある (・吐き気 ・嘔吐 ・発疹 ・かゆみ ・その他 ())
- アレルギー (皮膚炎、花粉症、薬、食べ物など) がありますか。
① ない ② ある (症状など:)
- 気管支喘息と診断されたことはありますか。
① ない ② ある (・治療中 ・治療していない)
- 甲状腺の病気と診断されたことはありますか。
① いいえ ② はい (病名:)
- 糖尿病と診断されたことはありますか。また、治療薬をお飲みですか。※別紙参照
① いいえ ② はい (・薬の服用なし ・あり<薬剤名: >)
- 心臓・肝臓・すい臓・腎臓の病気と診断されたことはありますか。
① ない ② ある (病名:)
- 下記の病気にあてはまる方は、○をしてください。
① ない ② マクログロブリン血症 ③ 多発性骨髄腫 ④ テタニー ⑤ 褐色細胞腫
- 現在、妊娠、または授乳をしていますか。(女性の方のみお答えください)
① いいえ ② 妊娠中 (または可能性がある) ③ 授乳中

※ご不明な点がございましたら、お近くの看護師にお訪ね下さい。

記入確認日 年 月 日 問診確認者サイン

申し送り事項 (下記事項に記入または○をして下さい。)

上肢の手術・シャント	みぎ・ひだり	その他 特記事項	
乳房の手術	みぎ・ひだり		

◎ 項目 2 ～ 9 のうち該当項目がありますが、検査を実施してください。

(該当項目がない場合は医師名の記入は不要です。) 医師名

※ 問診票記入、確認時から 3 カ月以上経過しておりますが、記載に変更点はありません。

(3 カ月経過していない場合は医師名の記入は不要です。) 医師名

検査時の状態

血圧	前	/ mmHg	後	/ mmHg
脈拍				

注入量	
造影剤 300 / 370	ml
生食水	ml

食事確認者サイン

実施者サイン

ヨード造影剤との併用注意の薬剤について

ビグアナイド系糖尿病用剤とヨード造影剤は、併用により乳酸アシドーシスをきたすことがあるため併用注意とされています。

原因は、ヨード造影剤の投与により一過性の腎機能低下をきたす可能性があり、その結果、ビグアナイド系糖尿病用剤の腎排泄が減少し血中濃度が上昇するためと考えられています。

そのため、ビグアナイド系糖尿病用剤の服用を中止し、検査後48時間してから再開することが望ましいとされています。

ビグアナイド系糖尿病用剤を使用している患者様の造影CT 検査を依頼される場合は、あらかじめビグアナイド系糖尿病用剤の投与を一時的に（下記をご参照ください）中止する等の適切な処置をお願い致します。

ビグアナイド系糖尿病用剤の服用中止について

腎機能・血清クレアチニン値	eGFR	造影 CT 検査前	造影 CT 検査後
血清クレアチニン値が正常	90≦	検査時より服用中止	※検査後 48 時間、服用中止
血清クレアチニン値が異常	89～30	48 時間前から服用中止	※検査後 48 時間、服用中止
	29>	原則造影剤の投与は禁忌	

※但し、腎機能(血清クレアチニン値)が正常範囲内または悪化していない場合に、再開可。

ビグアナイド系糖尿病用剤 一例

一般名	商品名	
ブホルミン	ジベトスB錠	ジベトンS錠（腸溶錠）
メトホルミン	グリコラン錠	メデット錠
	ネルビス錠	メトリオン錠
	メタクト配合錠LD	メタクト配合錠HD
	メトホルミン塩酸塩錠	メトグルコ錠

※該当する薬剤は上記以外にもあります。

糖尿病の治療薬を服用されている方は医師、または看護師におたずねください。

検査日・予約時間	
糖尿病薬 中止日時	
糖尿病薬 開始日時	