

単純・造影CT検査問診票・同意書

単純CT検査の方は太枠内・下方ご署名欄を、造影CT検査の方は全てご記入ください。

心臓ペースメーカー・埋込型除細動器はありますか？

- いいえ
 はい……様子を見ながら検査を施行します。

妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？

- いいえ
 はい……検査は推奨しません。

【造影剤使用時 造影剤についての説明・問診】

今回使用する薬剤は“ヨード造影剤”です。造影剤は病変の有無、範囲等をより正確にするために用いられます。造影剤を使用するかは担当医師及び専門の放射線科医師が判断いたします。なお、造影剤を使用しますとまれに副作用が発生することがあります。副作用は次のようなものがあります。

1. 軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、くしゃみ、かゆみ、発疹など。
これらは治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で改善します。発生する確率は、約2～3%です。
2. 重い副作用：血圧低下、呼吸困難、意識障害、腎不全などです。
入院加療が必要なこともあり、場合によっては後遺症が残る可能性があります。発生確率は、約0.003%以下です。
3. 病状によっては約10万～20万人につき1人の割合（約0.0003%以下）で死亡する場合があります。
4. 検査時の注意点
体が熱くなることがあります。直接の刺激であり、心配ありません。
血管外に造影剤が漏れることがあります。注射した部位が腫れ、痛みを伴う場合がありますが、基本的には時間とともに吸収されて改善します。漏れた量が非常に多い場合は別の処置が必要となる場合がありますが、非常にまれです。

ヨード造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？

- いいえ
 はい……検査時、検査後に副作用は生じましたか？ いいえ はい（具体的な症状：_____）

薬剤や食物アレルギーはありますか？

- いいえ
 はい……（アレルギー名：_____ 症状：_____）

現在、糖尿病薬を使用していますか？

- いいえ
 はい……（使用薬剤：_____） ※ビッグナイド系は前後2日間、計5日間の休薬が必要です。

以下の疾患の既往・治療歴はありますか？ 当てはまる項目がある場合当院では検査できません。

- 重篤な甲状腺疾患
 気管支喘息……（紹介検査ではお受けできません。外来受診をご検討ください。）

検査紹介医師記入欄

- 腎機能は正常（3か月以内のCr値は_____mg/dl）です。
 上記問診内容を確認しました。

- 私はCT検査を受けることに同意します。
 私は担当医師より造影検査の説明を受け、合併症を理解しましたので造影検査を受けることに同意します。

署名日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査紹介医師署名 _____

患者署名 _____
(代理人) (続柄)

あそか問診医師署名 _____