

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

造影CT検査予約票（病院）

患者番号：

様

あなたの検査日時は、_____から の予定です。
検査当日は、診察券・予約票を予定時間の15分前までに、
埼玉石心会病院1階外来受付に提出してください。

※緊急検査等により検査時間が前後する場合がありますので、ご了承ください。

1. 検査前のご注意

- 検査当日の食事は、検査予約時間の3時間前までに済ませてください。
(水やお茶などはお飲みいただけます。)
骨盤部検査(泌尿器科)がある方は、検査の2時間前から排尿を我慢してください。
- 薬を服用されている方は、検査前日は普段どおり服用してください。糖尿病のお薬に関しては
ご相談ください。ただし、心臓病や血圧の薬は服用していただくかまいません。
- 糖尿病薬を内服中の方 ●
() 月 日 ~ 月 日まで休薬してください。
- 金属は検査の妨げになることがありますので、ヘアピン、アクセサリー、時計、眼鏡などは
予めはずしておいてください。湿布等もはがしておいてください。
また、ボタンや金属のついた服は着替えていただくことがあります。
- ペースメーカーや除細動器装着の方は検査ができないことがあります。
以下の問診にご記入いただき、医師または看護師へ必ずお知らせください。

問診項目	使用
ペースメーカー・除細動器	有 ・ 無

- 妊娠している方または可能性のある方は事前に医師または看護師へ必ずお知らせください。

2. 検査中のごお願い

- ベッドに仰向けに寝て、体の力をぬいてリラックスしてください。
- 検査時間は検査部位によって異なりますが、約15～30分程度です。
- 検査中は痛みをとまいませんので、体を動かさないで下さい。
- 検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話できますので、ご安心ください。

3. 検査後のご注意

- 本日使用した造影剤は、検査終了後から数日後に、発疹・かゆみ・はきけ・むくみ
などが見られる場合があります。
これらの症状と思われるものや、他に症状が現れた場合には、すぐ病院にご連絡ください。
造影剤は尿中に排泄されますので、検査後は水分を十分に摂り、薬の排泄を促してください。
※水分制限のある方は、担当医師にご相談ください。

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

検査終了後は

月 日 曜日 時 分

先生 受診です。

問い合わせ 埼玉石心会病院 TEL 04-2953-6611

〒350-1305 埼玉県狭山市入間川2-37-20

静注造影剤使用に関する説明

ID: 氏名: 様 性別: [スキャン⇒患者さん]
生年月日:

今回実施する検査は『造影剤』という薬剤を静脈注射（静注）して行う検査です。静注造影剤とは、体の中の目的とする臓器や組織を他の構造から区別しやすくし、より正確な診断を行うために使用する、診断用の薬です。

造影とは、病気の場所が良く見え、状態が良く分かるよう、画像の見掛けを変更するために専用の薬剤を使用することです。

静注造影剤にはいくつかの種類があり、撮影装置の種類（CT・X線TV とMRI）により、使用する薬剤が異なります。また造影原理が異なるものもあります。しかし有害事象（副作用）は種類によらずよく似ているので、ここではこれらの全てをまとめて説明します。

静注造影剤の使用時に、吐き気や発疹などの有害事象がみられることがあります。ショックといった重篤な有害事象も報告されています。有害事象は、検査中に発現するものと、検査直後から数日中に発現する遅発性のものがあります。

今までのところ、静注造影剤の種類に関わらず、事前に有害事象が出現するか否か、一人一人に正確に予測することはできません。

しかし、有害事象が起こる確率の高い状態が知られています。静注造影剤による重篤な有害事象を起こしたことがある方は、有害事象発現率が高くなります。気管支喘息、アトピー、アレルギーなども有害事象発現率が軽度上昇すると言われています。

検査中に、くしゃみ、咳、嘔気、嘔吐などの異常がみられた場合には、状態に応じて検査を速やかに終わらせたり、即時中止したりします。

有害事象が生じた場合の対応は、重篤度に応じた対応があらかじめ定められており、訓練を行っています。特に重篤な場合には医師がすぐに駆けつける体制を取っています。

もし、検査中に異常を感じた場合は、ためらわずにすぐお知らせください。上記のように適切に対応します。有害事象の多くは安静にして経過観察することで軽快しますが、場合によっては特別な治療が必要になります。

十分に注意しておりますが、静注造影剤の注射中に血管の外に薬剤が漏れることがあります。漏出部位を冷やし消炎、鎮痛の処置をいたしますが、多量に造影剤が漏れた場合は、まれに切開減圧処置が必要となります。

有害事象を以下にまとめます。

■CT・X線TV造影検査の有害事象

軽度…くしゃみ、かゆみ、蕁麻疹、頭痛、吐き気、嘔吐など（約5%）

重度…呼吸困難、ショック（約0.04%）、心停止（約0.002%）、死亡（約0.0002%）

■MRI造影検査の有害事象

軽度…くしゃみ、かゆみ、蕁麻疹、頭痛、吐き気、嘔吐など（約0.2%）

重度…呼吸困難、意識障害、血圧低下など（約0.00025～0.0005%）、死亡（約0.0001%）

現在授乳中の方は、MRI造影検査でのみ、検査終了後48時間、授乳をお控えください。

以上のことをご理解して頂いたうえで検査をお受け頂くようお願い申し上げます。

＜同意書に署名を行う前に＞

私たち医療者は、患者さんが病苦から解放され、健康に暮らせるように日々の診療行為を行っています。しかし一方で、多くの診療行為には一定の危険が伴うのも事実です。この診療行為に関連して副次的に起こった病気や患者さんへの影響を合併症もしくは併発症といいます。この合併症や予期せぬ事態が発生する危険性は様々ですが、重大な場合には死亡することもあり、その後の生活に支障を来し後遺症を残すこともあります。常に細心の注意を払って診療行為を行っていますが、万が一、合併症や予期せぬ危険な事態が発生した場合には、それを乗り越えるために、さらに懸命な治療を行います。

それでも現代の医療技術の限界と人体の複雑性・個別性の問題から、起こりうる危険を完全に避けることは難しい現実があります。予想される主な合併症については事前にご説明しますが、稀な合併症や予測不能な事態について、全てを言い尽くすことは困難です。不幸にして、心身に障害が生じ、それが一般の医療水準と照らして、万が一、過失がある場合には、責任の重大さに応じ誠意をもって対応致します。しかし、過失によらない場合には、通常の診療と同様となり、補償等の対象にはなりません。

こうした診療行為に伴う危険性や問題点を十分にご理解頂いた上で、ご納得された場合に同意する旨の署名を行ってください。

何か疑問がある場合には、担当に何でもご質問ください。また、他の医療機関の意見を聞くこともできますので、ご希望の方はお申し出ください。なお、不同意となった場合や、他の医療機関へのセカンドオピニオンを求められても、今後の診療に何ら支障となることはありません。最後に、私たち医療者一同は、患者さんが一日も早く快復されますことを心から願っております。

静注造影剤使用に関する同意書

ID: _____ 氏名: _____ 様 性別: _____
生年月日: _____ [スキャン⇒患者さん]

標記の検査の実施について、その必要性と内容、起こり得る危険性や合併症などについて別紙の説明文書をお渡しして説明しました。問診や診療の結果、検査が可能かつ有用であると判断しましたので、お受けになることをお勧めします。

あなたが受ける静注造影剤検査は、CT MRI その他 (_____) です。

【記入年月日】 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
【説明医師名】 _____ [自署] (診療科) _____

医療機関の長 殿

私は、標記の検査に関し、上記説明文書の受領と十分な説明を受け、またそれに対する質問の機会が与えられましたので、実施の内容について理解できました。
私は、今回の検査について、次の通りにします。

同意します

(万が一、今回の治療等において緊急に内容の変更および別の措置を受ける必要が生じた場合、その変更・措置を受けることについても同意します。)

同意しません

【記入年月日】 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
【患者本人氏名】 _____ [自署]
【代諾者(ご家族等)氏名】 _____ [自署] (続柄) _____

なお、この同意書に署名した後でも、同意の変更は可能です。その際には、患者さんに不利益が生じることはありません。ご不明な点がございましたら、遠慮なく担当にお申し出ください。