

社会保険 直方病院 CT 検査 申込用紙

TEL 0949-22-1215 FAX 0949-24-1302

ご紹介医療機関

医療機関名

医師名

電話番号

患者情報

氏名

生年月日 明 大 昭 平
年 月 日

性別 男 女

検査予定日 年 月 日 時 分

当てはまる項目に"○"して下さい

造影検査の場合は記入して下さい

妊娠(+・-・未検査) HBV(+・-・未検査) HCV(+・-・未検査)
MRSA(+・-・未検査) HIV(+・-・未検査) その他()

体重
kg

撮影方法

☐ 単純

☐ 造影 造影検査同意書

☐ 有
☐ 無

造影検査の場合は、Cr、BUN数値を記入して下さい

Cr値

mg/dl

BUN値

mg/dl

採血日

年 月 日

撮影部位

頭部

☐ 頭部 ☐ 歯科(インプラント用)

頸胸腹部

☐ 頸部 ☐ 胸部
☐ 上腹部 ☐ 骨盤腔
☐ 腹部全体

脊椎骨盤

☐ 頸椎 ☐ 胸椎
☐ 腰椎 ☐ 骨盤

四肢

右 / 左

☐ 上肢(肩関節・肘関節・手関節・手部)
☐ 下肢(股関節・膝関節・足関節・足部)

通常撮影以外の指示

具体的に部位等の撮影内容を記入して下さい

検査目的

・検査当日は、この申込用紙を総合受付まで持ってきて下さい。

造影検査 説明書

患 者
番 号

氏 名

今回実施する検査は、“造影剤”を使用して行う予定です。
造影剤を用いることにより、情報量が多く精度の高い診断が可能となります。
また、造影剤を使用しなくても検査は行えますが、十分な診断が出来ない場合があります。

《造影剤の副作用の種類》

造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用を起こす場合があります。

主な副作用には次のようなものがあります。

● ヨード造影剤(CT・尿路・胆のう・胆管などの造影検査で使用)

1. 軽い副作用：発疹、吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、蕁麻疹などで一過性が多く、基本的に治療を要しません。
このような副作用の発生する割合は、約100人に4人程度です。
2. 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などがあり、通常は治療が必要で、入院や手術を行うこともあります。
また、まれに後遺症が残る可能性もあります。
このような副作用の発生する割合は、約1,000人に1人程度です。
3. 症状・体質によっては約10～20万人に1人の割合で、死亡する可能性もあります。

● ガドリニウム造影剤(造影MRI検査で使用)

4. 副作用の発生する割合は、ヨード造影剤(上記1～3)のさらに半分程度とされています。
5. 重度の腎障害($GFR < 60\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$)のある方は、腎性全身性線維症(NSF)と呼ばれる病気を生じる可能性があります。

アレルギー体質、喘息の既往のある方にはこれらの副作用の発生する割合が高くなります。
造影剤の多くは腎臓から排泄されるため、腎機能の悪い方ではさらに悪化させる可能性があります。
造影剤を使用できない場合があります。
重篤な副作用の発生する割合は、非常にまれといえる数字ではありますが、決して100%安全な検査ではないことをご承知ください。

《検査室において造影剤を注射するときには》

1. 注入直後、体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配ありません。
2. 勢いよく造影剤を注入するため、血管外に造影剤が漏れる場合があります。
この際、注射した部位が腫れて、痛みを伴うこともあります。
基本的には、時間が経てば体内に吸収されるので心配ありません。
非常にまれですが、漏れた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となる場合もあります。

当院では、万が一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。
異常が現れた場合はご遠慮なく、すぐにお申し出ください。
もし副作用が発生した場合、最善の処置をいたします。

年 月 日 時 に上記のとおり説明しました。

社会保険 直方病院 説明医師

造影検査 問診票

造影剤を使用する判断は、検査内容、病状及びこれから記入していただく問診票により、主治医又は検査担当医師が行いますので、ご了承ください。

以下の該当する項目にチェックしてください。

※設問中に「あり」を選ばれた方は、記載された項目を○で囲むかあるいは()の中に具体的な記入をしてください。

《造影剤問診票(共通項目)》

- 問1 今まで、造影剤(注射、点滴、内服)を用いた検査を受けたことがありますか？
□なし □あり： 造影CT、胆のう・胆管造影、血管造影、尿路造影、造影MRI
- 問2 その時、副作用はありましたか？
□なし □あり： 発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他()
- 問3 今までに喘息(ぜんそく)と言われたことがありますか？
□なし □あり： 治療中、治療していない
- 問4 アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
□なし □あり： 蕁麻疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、その他(病名、薬剤名、食品名)
- 問5 現在透析中ですか、または腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか？
□なし □あり： 無尿、腎不全
- 問6 女性の方のみお答えください。
□なし □あり： 現在妊娠していますか、またはその可能性はありますか？
□なし □あり： 授乳中ですか？
- ヨード造影剤(CT・尿路・胆のう・胆管などの造影検査で使用)
- 問7 現在何かの病気にかかっていますか？
□なし □あり： 褐色細胞腫、甲状腺機能亢進症、多発性骨髄腫、テタニー、マクロブリン血症、糖尿病、その他(病名)
- 問8 ビグアナイド系糖尿病薬(メトグルコ、メルビンなど)を内服していますか？
□なし □あり
- ※ヨード造影剤使用時は中止が必要です。使用後も48時間は再開しないでください。
- ガドリニウム造影剤(造影MRI検査で使用)
- 問9 現在何かの病気にかかっていますか？
□なし □あり： (病名)
- 問10 肝臓移植を受けたことがありますか、または待機中ですか？
□なし □あり： (時期)

造影検査 同意書

社会保険 直方病院 院長 殿

該当する項目にチェックしてください。

- ☐ 私は、造影検査について説明を受け、検査を受けることに同意いたします。
また、緊急的処置が必要となった場合にも、適切に処置されることに同意いたします。
問診票の記載には相違ありません。
(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

☐ 私は、造影検査について説明を受けましたが、検査を受けることを拒否いたします。
同意書は体調に特別な変化がない限り、3ヶ月間有効とさせていただきます。

年 月 日 署名 患者名 _____

同意人 _____ 続柄()

(要保護者・未成年者の場合)

社会保険直方病院