甲南医療センター患者ID		性別/年齢	/
氏名		御紹介医院	
生年月日		御紹介医院連絡先	

CT予約票

検査部位

検査区分　　造影

検査日時　　年　　月　　日　　曜　　時　　分

15分前には受付14番（CT・MRI）までお越しください

※食事・水分制限はありません

CT検査に関する注意事項

1. 外来の方は検査当日、再来受付機で受付を済ませてから
本館3階の受付14番（CT・MRI）までお越しください。

2. 心臓ペースメーカや植込み型除細動器（ICD）装着されている方は
ペースメーカ手帳やICD手帳をご持参ください。
   - ICDでは本体を検査範囲から除きます
   - ペースメーカも機種によっては検査範囲から除くことがあります

3. 妊娠中、またはその可能性のある方のCT検査は行いません。
（但し主治医が必要と判断し、患者様が同意した場合は検査可能です）

4. 検査当日、確認する場合がございますのでお薬手帳をご持参ください。

5. 緊急検査などにより、検査開始時間が多少時間がずれる事がございますが
ご了承ください。

6. CT検査では放射線を用いて、体内の様子を細かく画像にすることができ、
様々な病気やけがの状態を知ることができます。
CT検査は放射線被ばくを伴いますが、病状を評価することは、放射線被ばく
による健康への影響より有益と考えます。また当院では、可能な限り被ばく
線量を抑え、良質な画像を提供できるよう努めています。
放射線のことで心配な際は、担当医師によく相談し納得したうえで検査を
お受けください。

公益財団法人
甲南会

甲南医療センター

〒658-0064　神戸市東灘区鴨子ヶ原1-5-16

代　表
(TEL)　078-851-2161

造影CT検査についての問診票

検査日

氏名　　様

年齢　　才　　性別

該当する各項目の□内にチェックを入れてください。''あり''を選ばれた方は
右のあてはまる言葉を全て〇で囲むか、あるいは( )の中に具体的な言葉を書いて下さい

問　診　項　目
1. 現在の体重を記載してください。（大まかでも結構です） **（　　）kg　　□ 体重不明（検査時までに測定予定）**
2. 今までに**造影剤を使用したこと**がありますか？ **□なし　□あり** ： CT検査・尿路造影・血管造影・心臓カテーテル・MRI 検査
3.　2.で **あり** と答えた方へ。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・くしゃみ・涙 腎機能の一時的な悪化・その他（　　）
4. アレルギーはありますか？ **□なし　□あり** ： じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症
5. 気管支喘息はありますか？ **□なし　□あり** ： 小児喘息・現在は治療していない・治療中
6.　5.で　あり　と答えた方へ。今までに喘息発作を起こしたことがありますか？（小児喘息は除く） **□なし　□あり** ： 最後の喘息発作はいつ頃ですか？（　　年前 もしくは　　歳時）
7. 今までに以下の病気をしたことがありますか？ **□なし　□あり** ： 閉塞隅角緑内障・甲状線機能亢進症
8. 糖尿病薬の服用はありますか？ **□なし　□あり** ：（薬剤名　　）
9. ペースメーカまたはICD（植込み型除細動器)等を植え込んでいますか？ **□なし　□あり** ： ペースメーカ・ICD（機種名　　）
10. 女性の方だけにお聞きします。現在授乳中、妊娠している、またはその可能性がありますか？ **□なし　□あり** ： 授乳中・妊娠中・妊娠の可能性あり

造影CT検査に関する説明と同意書　（病院控え）

ＩＤ＿＿＿＿　患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿　生年月日＿＿＿＿　＿＿才

説明年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿

説明場所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

病院同席者 ＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（職種　　）

病名　1 ＿＿＿＿＿＿＿＿　2 ＿＿＿＿＿＿＿＿　3 ＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明内容

今回の**CT検査**では、**ヨード造影剤**という検査薬を使用いたします。
あらかじめこの説明書をお読みになって、ご了承の上で同意書に署名してください。

1.　造影剤を使う目的

注入された造影剤は血液の流れにのって全身の血管や臓器に分布します。これにより血管の様子や臓器の血流、病変の性質などが分かりやすくなり、診断のための重要な情報が新たに得られます。

2. 造影剤の副作用について

（1）即時型副作用　（造影剤投与後から1時間以内に発生）

- 軽度の副作用：　約3%（30人～40人に1人）
  - ✔ かゆみやじんましん、くしゃみ、のどのイガイガ感、気分不良、吐き気、軽度の嘔吐など
- 重篤な副作用：　約0.04%（2000人～3000人に1人）
  - ✔ 重度のじんましん、呼吸困難、血圧低下、不整脈、心停止、呼吸停止など
- 死亡：　約0.001～0.0005%（10万～20万人に1人）

（2）遅発性副作用　（1時間以上経過してから1週間までに発生）

- ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、副作用を疑う症状があれば病院までご連絡ください。

（3）副作用を起こしやすい方

- 造影CT検査による副作用歴や、心臓疾患、活動性の気管支喘息、治療を必要とするアレルギー歴のある方は副作用歴の発現率が3～10倍高いと言われています。

（4）副作用の予測と緊急処置について

- 造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。
- 前回の造影検査時に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。
- 当院では副作用に対応できる体制を整え検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

3.　造影剤に伴う合併症について

（1）腎機能障害

- 腎臓の機能が低下している方は、造影剤使用後に腎機能がさらに悪くなることがあります。

（2）造影剤の血管外漏出

- 造影剤は勢いよく注射するため、血管外に漏れることがあります。
- 漏れた量が少ない場合は時間が経てば吸収されますので心配ありません。
- 痛みなどの症状がある場合や、漏れた量が多い場合は処置が必要となることがあります。

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます）
また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　**同 席 者** ＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※署名があれば捺印は不要です。　　**続　柄（　　）**

代諾者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

続　柄（　　）

※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。

甲南医療センター

造影CT検査に関する説明と同意書　（患者様控え）

ＩＤ＿＿＿＿　患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿　生年月日＿＿＿＿＿＿　＿＿才

説明年月日＿＿＿＿＿＿＿＿
説明場所＿＿＿＿＿＿＿＿
説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
病院同席者＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（職種　　）

病名　1＿＿＿＿＿＿＿＿　2＿＿＿＿＿＿＿＿　3＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明内容

今回のCT検査では、ヨード造影剤という検査薬を使用いたします。
あらかじめこの説明書をお読みになって、ご了承の上で同意書に署名してください。

1.　造影剤を使う目的

注入された造影剤は血液の流れにのって全身の血管や臓器に分布します。これにより血管の様子や臓器の血流、病変の性質などが分かりやすくなり、診断のための重要な情報が新たに得られます。

2. 造影剤の副作用について

（1）即時型副作用　（造影剤投与後から1時間以内に発生）

・　軽度の副作用：　約3%（30人～40人に1人）
　　✔　かゆみやじんましん、くしゃみ、のどのイガイガ感、気分不良、吐き気、軽度の嘔吐など
・　重篤な副作用：　約0.04%（2000人～3000人に1人）
　　✔　重度のじんましん、呼吸困難、血圧低下、不整脈、心停止、呼吸停止など
・　死亡：　約0.001～0.0005%（10万～20万人に1人）

（2）遅発性副作用　（1時間以上経過してから1週間までに発生）

・　ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、副作用を疑う症状があれば病院までご連絡ください。

（3）副作用を起こしやすい方

・　造影CT検査による副作用歴や、心臓疾患、活動性の気管支喘息、治療を必要とするアレルギー歴のある方は副作用歴の発現率が3～10倍高いと言われています。

（4）副作用の予測と緊急処置について

・　造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。
・　前回の造影検査時に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。
・　当院では副作用に対応できる体制を整え検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

3.　造影剤に伴う合併症について

（1）腎機能障害

・　腎臓の機能が低下している方は、造影剤使用後に腎機能がさらに悪くなることがあります。

（2）造影剤の血管外漏出

・　造影剤は勢いよく注射するため、血管外に漏れることがあります。
・　漏れた量が少ない場合は時間が経てば吸収されますので心配ありません。
・　痛みなどの症状がある場合や、漏れた量が多い場合は処置が必要となることがあります。

＿＿＿＿年　＿＿月　＿＿日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます）
また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　同 席 者＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
※署名があれば捺印は不要です。　　続　柄（　　）

代諾者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
続　柄（　　）

※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。

甲南医療センター