



## CT検査を受けられる方へ

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、開始予定の15分前までに受付をお願いします。採血や検尿、他検査との兼ね合いにより検査開始時間が前後する場合がございます。予めご了承下さい。

## ●CT検査とは

CT検査とは、X線を利用した検査です。  
 X線をあて、コンピュータ処理を行い、体内を画像化します。



## ●検査予約時の確認事項

- ・体内に金属を植込まれている場合は医師または看護師へお知らせ下さい。
- ・妊娠またはその可能性がある場合は検査を受けられない可能性があります。

## ●検査前の流れと注意事項

<p><b>①来院前</b></p> <p><input type="checkbox"/> 食事制限</p> <p><input type="checkbox"/> 体外金属の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病の方</p> <p><input type="checkbox"/> 服用中の薬の注意</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腹部や造影検査の場合は食事制限があります。少なくとも検査前4時間は水とお茶以外はとらないで下さい。</li> <li>・造影検査の場合、インスリン注射や糖尿病薬を服用している方は必ず医師または看護師に申し出て下さい。使用を制限する場合があります。</li> <li>・血圧、心臓の薬は飲んできて下さい。</li> </ul>
<p><b>②検査前</b></p> <p><input type="checkbox"/> 15分前受付</p> <p><input type="checkbox"/> 金属類の取外し</p> <p><input type="checkbox"/> 検査前の飲水</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検査15分前には受付を済ませて下さい。</li> <li>・金属類、湿布、エネキバン、カイロ等は検査前に外していただきます。</li> <li>・下着やボタンに金属類がある場合は着替えていただくことがあります。</li> <li>・造影検査の場合、副作用低減のため検査室にて飲水していただきます。</li> </ul>
<p><b>③検査中</b></p> <p><input type="checkbox"/> 10～20分程度</p> <p><input type="checkbox"/> 検査中は動かない</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤への反応</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検査部位によっては息止めが必要な場合があります。</li> <li>・検査中は動かないようお願いします。</li> <li>・造影剤を使用する場合、急速注入するため身体が熱くなる感覚がありますが、正常な反応なので心配いりません。</li> </ul>
<p><b>④検査後</b></p> <p><input type="checkbox"/> 生活制限なし</p> <p><input type="checkbox"/> 授乳の一時中断</p> <p><input type="checkbox"/> 造影後水分の摂取</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事やお風呂等特に制限はありません。</li> <li>・造影検査の場合は水分を多めに取るよう心がけて下さい。</li> <li>・造影剤を使用した場合、成分が微量ながら血液から乳汁へ移行することがあります。授乳中の場合は一時的に中断していただく必要があります。</li> </ul>

その他ご不明な点等ございましたら、遠慮なくご相談下さい。



山鹿中央病院

〒861-0501山鹿市山鹿1000  
TEL: 0968-43-6611

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

問診者（ ）

## CT造影検査のための問診票

記載日： 年 月 日

患者番号： .....

様 (性別： ) (年齢： ) (体重： )  
(GFR： )

	有の場合ご記入下さい。
<b>1. 造影剤使用経験</b> 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 透視 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>2. 検査時の副作用の有無</b> 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>3. アレルギーの有無</b> 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 薬剤 ( ) <input type="checkbox"/> 食べ物 ( )
<b>4. 病歴</b> 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 膵臓の病気 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>5. 服用中の薬</b> 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 血圧の薬 ( ) <input type="checkbox"/> 糖尿の薬 ( ) ※ <input type="checkbox"/> その他の薬 ( )
<b>6. 妊娠またはその可能性</b> 無 ・ 有	

※現在糖尿病のお薬を服用している方で**ピグアナイド系糖尿病薬**を服用中の場合は、原則検査前48時間～検査後48時間は服用を中止して下さい。

(当院処方薬はメトグルコとエクメット)

服用中の場合は医師、看護師または放射線技師へ必ずご相談下さい。



**山鹿中央病院** 〒861-0501山鹿市山鹿1000  
TEL: 0968-43-6611

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

## 造影剤使用検査に関する説明・同意書

患者番号：

様

CT造影剤使用

について以下の説明を行いました。

### ●造影検査とは

画像の情報量を増やし、より正確な診断を行うために使用する薬剤です。  
注射された造影剤は、腎機能が正常であれば注射後約6時間で90%が尿となって排出され、  
やがて全てが体外へと排出されます。

### ●造影剤の血管外漏れについて

まれに造影剤が血管の外に漏れてしまう場合があります。少量であれば問題ありません。  
多量な場合は適切な処置を行います。場合によっては皮膚科を受診していただく場合もあります。

### ●副作用について

造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬と同様に造影剤による副作用が生じる場合があります。

重症度	症状等	発生確率
軽い副作用	かゆみ、吐き気、嘔吐、蕁麻疹、発赤、動悸など 症状に応じて適切な処置を行います。	約1~2%
重篤な副作用	呼吸困難、血圧低下、意識障害など そのまま入院や手術が必要となる場合もあります。 後遺症が残る可能性もあります。	約0.004% 死亡例0.00025%
遅発性副作用	ほとんどの副作用は造影剤使用后10分以内ですが まれに数時間~数日後にめまいや蕁麻疹といった 副作用が起こることがあります。	約2%

これらの副作用が生じた場合には、処置、治療が必要なことがありますので、申し出てください。  
また、他に何か異常が現れた場合には、すぐに来院されるか、病院にご連絡ください。

説明者：

科

山鹿中央病院 病院長殿

年 月 日

私は、この度予定された造影剤使用検査の必要性と、検査で使用する造影剤の説明を受け、  
十分に理解しましたので造影剤の使用に同意いたします。また、緊急の事態が発生した場合には、  
それに対する処置を受ける事にも同意いたします。

本人署名：

印

保護者または  
代理人署名：

印

(続柄：

)



山鹿中央病院

〒861-0501山鹿市山鹿1000  
TEL: 0968-43-6611