

CT 検査予約票

氏名 _____ 様

検査予約日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) 午前 : 午後 _____ 時 _____ 分

※ 予約時間 30 分前に来院し、受付に診察券・保険証を提示して下さい。

野上病院以外の病院からの方は、検査予約票と診療情報提供書を提示して下さい。

※ 検査結果の説明は 当日検査終了後に行います。

後日、診察時に行います。(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

※ 腹部を撮影する場合は食事制限があります。

午前の検査の場合 朝食は摂取しないでください。

午後の検査の場合 朝食を済ませてからは食べないでください。

※ 造影剤使用の検査の場合は食事制限があります。

午前の検査の場合 朝食は摂取しないでください。

午後の検査の場合 朝食を済ませてからは食べないでください。

※ 水分の制限はありません。

注意事項

CT 検査を受けられる方へ (必ずお読み下さい)

- ① 検査時間は、10分程度かかります。
- ② 緊急検査などで予定時間より遅れる場合がございます。ご了承ください。
- ③ 検査時間に遅れる場合は必ずご連絡ください。
- ④ 妊娠中または妊娠されている可能性のある方はお申し出ください。
- ⑤ 心臓ペースメーカーを使用されている方はペースメーカー手帳を持参してください。
- ⑥ 胸部・腹部の検査では、着替えていただく場合もあります。着替えやすい服装でお越しください。
- ⑦ 検査部位に金属がある場合は、外していただきます。
- ⑧ 予約日の変更を希望される方は、下記までお電話ください。

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井 1-2-5 ☎ (072) 484-0007 (代) 内線 (1193)

造影CT検査説明書

使用方法と目的

造影CT検査とは、ヨード系造影剤を血管内に注射して行う検査です。造影剤を使用することで、病気の有無や性質、範囲をより正確に判断する事が出来るようになります。

副作用について

造影CT検査で使用する造影剤は基本的には安全な薬剤ですが、一定の頻度で下記の副作用を生じる事があります。

- ※軽い副作用 吐き気、嘔吐、動悸、かゆみ、発疹、熱感、注射部位の痛みなどがありますが、基本的には治療を必要としません。
- ※重篤な副作用 呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全、気管支痙攣、咽頭浮腫などがあります。この様な副作用が発生した場合は、救命処置、入院が必要となり、場合により後遺症が残る可能性があります。また、ごく稀に死亡例も報告されています。
- ※遅発性副作用 検査後、数時間から数日後にかけて、発疹、かゆみ、吐き気、むくみ、めまい、頭痛などの症状が発生する場合がありますが、通常は自然に回復します。

副作用が起きた際の対応

軽い副作用は通常、時間の経過とともに症状は治まります。

検査中は看護師、放射線技師が患者様の様子を観察していますので、万一重篤な副作用が発生した場合も、迅速な処置を行えるように万全の体制を整えております。

また、遅発性副作用や何らかの異常が現れた場合には当院までご連絡下さい。

造影剤が血管外に漏れた場合

稀に造影剤が血管の外に漏れる場合があります。注射部位が腫れたり痛みを伴ったりすることがありますが、ほとんどの場合は時間の経過と共に自然に吸収されますので心配いりません。

しかし、漏れた量が多い場合には処置が必要になることもあります。

造影剤の使用に際し注意が必要な方

ヨード又はヨード造影剤に過敏症の既往歴のある患者、重篤な甲状腺疾患のある患者様は禁忌です。

一般状態の極度に悪い患者様、気管支喘息・重篤な心障害・肝障害・腎障害・

マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫等の患者様は原則禁忌

(特に必要とする場合には慎重に投与する事があります。)

検査後の注意

造影剤は尿と共に体外に排泄されますので、水、お茶などの水分を日頃より多く摂るようにして下さい。

医師により水分制限のある方は医師の指示に従って下さい。

糖尿病のお薬(ビグアナイト系)を服用している方は、

検査終了後4～8時間は糖尿病のお薬を服用しないで下さい。

造影CT検査の承諾撤回について

造影剤の使用を承諾された場合でも、検査前に造影剤に関する承諾をいつでも撤回することが出来ます。

造影CT検査を拒否される場合は当院のスタッフにお申し出下さい。

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井1-2-5 ☎(072)484-0007(代) 内線(1193)

依 頼 書

年 月 日

紹介先医療機関

医療法人 晴心会 野上病院
放射線部 担当医

電話：(072)484-0007 (内線1193)
FAX：(072)484-1949

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名：
所在地：
電 話：
F A X：
医師氏名：

フリガナ			患者搬送	独歩・車椅子・ストレッチャー	
患者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日 () 歳	
検査日時	年 月 日 ()		午前・午後	時	分
紹介目的 (傷病名・症状・治療経過および検査結果)					
※感染症	HCV抗体定性 (+ -)	HBs抗原 (+ -)	結核 (+ -)	COVID-19 (+ -)	
			感染症に関する検査の実施 (有 無)		
C T (単純・単純+造影)			M R I (単純・単純+造影・MRCP)		
検査部位			検査部位		
頭部 副鼻腔 脳血管 (3D-C T A) 頸部 胸部 胸腹部 (胸～骨盤腔) 腹部 (肝・胆・膵・腎・骨盤腔) 肝 (3相) 頸椎 胸椎 胸腰椎 腰椎 仙尾椎 四肢 () (R・L)			頭部 (MRI+MRA) 頭部 (MRIのみ) 頸部 (MRA) 頸部 (MRI) 眼窩部 副鼻腔 肩関節 (R・L) 頸椎 胸椎 胸腰椎 腰椎 仙尾椎 骨盤 股関節 四肢 () (R・L) 腹部 (肝・胆・膵・腎) MRCP 骨盤腔 (婦人科・前立腺)		
備考 (撮影詳細・検査部位など)					

造影検査問診票・承諾書
(CT造影検査・尿路造影・胆道造影)

ID _____ 患者氏名 _____

下の質問について、□欄にチェックを記入してお答えください。

- ① 今までにCT造影検査 血管造影検査を受けたことがありますか。
 はい いいえ
はい、と答えた方で副反応はありましたか。
 はい (発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・クシャミ) いいえ
(その他: _____)
- ② アレルギー体質・アレルギー性の病気がありますか。
 はい (蕁麻疹・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎) いいえ
(薬: _____)
(食物: _____)
- ③ 重い甲状腺の病気がありますか。
 はい (バセドウ病・その他: _____) いいえ
- ④ 以下の病気を言われたことがありますか。
 はい [気管支喘息・重い心臓病・重い肝臓病・テタニー] いいえ
[マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・褐色細胞腫]
- ⑤ 糖尿病の薬をのんでいますか。
 はい (薬剤名: _____) いいえ
ビグアナイド系糖尿病薬 あり なし
※薬剤名がわからない場合は糖尿病の主治医に確認して下さい。
※休薬が必要な場合は別紙にて休薬の方法を説明します。
- ⑥ 腎臓の働きが悪い(腎不全)と言われたことがありますか。
 はい いいえ

【eGFR値: _____ ml/min/1.73m² 検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日】 eGFR値なしで検査可

※30ml未満の場合 要注意

造影検査承諾書

医師署名 _____

私は造影検査の説明を受け、納得いたしましたので、造影検査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。)

承諾日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名 _____

代理人署名 _____ (続柄 _____) 患者名 _____

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井1-2-5 ☎(072)484-0007(代) 内線(1193)

ビグアナイド系糖尿病治療薬を服用している方へ

糖尿病内服薬の服用休止のお願い



ID _____

様

検査日 : _____ 年 月 日

CT造影検査があります。



副作用を防止するために現在服用中の薬で

ビグアナイド系糖尿病治療薬

を以下の期間 飲まない てください。

服用休止期間

検査2日前	検査前日	CT検査 当日	検査翌日	検査2日後
/	/	/	/	/

※上記の糖尿病薬を服用した場合は当院にご連絡ください。

※他のお薬はいつもどおり服用してください。

ビグアナイド系糖尿病治療薬はCT造影検査に使用するヨード造影剤と併用することで

乳酸アシドーシスという副作用が起こります。

乳酸アシドーシスを防ぐためにCT造影検査日と前後2日間の計5日間の服用休止が必要です。

乳酸アシドーシスについて

ヨード系造影剤の使用で腎機能が一時的に低下し、
ビグアナイド薬の尿排泄が滞ることによって
血液中の乳酸の値が上昇することで起こります。
初期症状は下痢・嘔吐・腹痛などの消化器症状です
が進行すると 筋肉痛・痙攣・過呼吸・低血圧・
意識障害・昏睡に陥ることがあります。

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井1-2-5 ☎ (072) 484-0007 (代) 内線(1193)