

造影検査(造影CT、DIC-CT)に関する説明書

(検査を受けられる患者さんへ)

※ 日時・注意事項については、別紙「予約票」を参照ください。

□ 造影CT検査について

- ・エックス線を使用し、断層画像を撮影します。本検査にかかる時間は10～20分です。
- ・今回のCT検査では“ヨード性造影剤”という薬を静脈から注射します。
- ・CT台に横になっていただき、撮影位置を決めますので、検査が終了するまで動かないでください。
- ・撮影部位によっては、何回か息を止めていただくことがありますのでご協力ください。

□ DIC-CT検査について

- ・胆汁に分泌されるヨード性造影剤を点滴し、1時間ほど待ってエックス線CTをつかって体の断層画像を撮影します。本検査にかかる時間は1時間30分～2時間です。
- ・今回のCT検査では“ヨード性造影剤”という薬を腕の静脈から注射します。これを使用することで病変の抽出がよくなります。
- ・CT台に横になっていただき、撮影位置を決めますので、検査が終了するまで動かないでください。
- ・撮影時に何回か息を止めていただきますのでご協力ください。

※ 造影剤を使用することにより、稀に次のような副作用が起こることがあります。

- ① 軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹等で基本的に治療を要しません。
このような副作用の起こる確率は、約100人に5人（5%）と報告されています。
- ② 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎機能低下等で通常治療及び入院が必要で、後遺症が残る可能性があります。
このような副作用の起こる確率は、約1000人に1人（0.1%）と報告されています。
- ③ 病状・体質によっては約20万～40万人に1人の割合で死亡する場合があります。
また造影剤は、勢いよく注入する必要があるため、血管外に漏れ出ることもあり、この場合、注射した部位が腫れたり、痛みを伴うこともあります。基本的には時間が経てば吸収されますが、漏れた量が非常に多い場合には別の処置が必要になることもあります。

注意事項

1. 妊娠の可能性のある方、心臓ペースメーカー等をつけておられる方は、検査出来ない場合があります。
2. 喘息のある方、ヨードアレルギー等のアレルギー体質の方、腎臓の悪い方、糖尿病の方には造影剤が使用できない場合がありますので、必ず主治医にお申し出ください。
3. 難聴の方、お体の不自由な方、また検査当日体調が悪い場合は検査前にお申し出ください。
4. 金属は検査の妨げになりますので、アクセサリー、入歯、カイロ等は外してください。
5. 稀に検査の1～3日後にアレルギー反応が現れることがありますので、体に異常を感じられた時には、主治医にご相談ください。【連絡先：TEL 079-552-1181（代表）】
6. 検査当日までに当院に入院された時は、以下をナースステーションに必ず提出してください。
 - ・予約票
 - ・造影検査に関する問診票・同意書
 - ・ビグアナイド類糖尿病治療薬に関する質問書・説明書（糖尿病治療患者さんのみ）

患者ID

氏 名

生年月日

性 別

造影検査に関する問診票・同意書

私は、左記患者さんに対する造影検査の実施に関して、
患者本人・同席者に、以下の説明文書により説明を行いました。

- ☐ 『造影検査(造影CT,DIC-CT)に関する説明書』(S/ ⅴ IO1-O1)
☐ 『造影検査(心臓(冠動脈)CT)に関する説明書』(S/ ⅴ IO4-O1)
☐ 『ビグアナイド類糖尿病治療薬 質問書・説明書』(糖尿病治療患者さんのみ) (S/ ⅴ IO2-O3)

年 月 日 (説明時間 時 分～ 時 分)

同席者 説明医師署名

1. 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい
検査名: < CT検査・腎臓検査・胆嚢検査・血管造影・MRI検査 >
※ 質問1. で「はい」とお答えの方のみ回答ください。
2. 検査を受けられた際、検査中及び検査後に何らかの症状が現れましたか。 ☐ いいえ ☐ はい
症状 < 吐き気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・咳・顔面の紅潮・冷や汗・その他 () >
3. アレルギー体質またはアレルギー性の病気はありますか? (家族の方も含む) ☐ いいえ ☐ はい
体質・病気 < 喘息・じん麻疹・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アルコール・その他 () >
4. 心臓ペースメーカーを装着していますか。 ☐ いいえ ☐ はい
5. 今までに内服薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい
薬品名 () 症状 ()
6. 以下の疾患にかかったことがある、または治療中ですか。 ☐ いいえ ☐ はい
(腎臓病・糖尿病・心臓病・甲状腺疾患) 病名 ()
7. 女性の方へ、妊娠中、または授乳中ですか。 ☐ いいえ ☐ はい
- 注意事項** 妊娠中の方については、造影剤を使用した検査を原則行いません。授乳中の方においては、検査後24時間以上授乳をお止めください。

兵庫医科大学 ささやま医療センター 病院長 殿

私は、検査の目的・必要性・副作用の可能性について、上記の説明文書に基づいて説明を受けました。
造影検査を受けることに対して

- ☐ 同意します。 造影検査を受けることについて十分に理解できました。
なお、同意後、撮影が行われるまでは同意を撤回することができます。
- ☐ 同意しません。 必要性について、主治医より十分な説明を受けましたが、私の意思で造影検査を受けることに同意できません。造影検査を受けないことにより、今後の診療に影響が生じて主治医・検査担当医・病院の責任を追及しません。

年 月 日

患者本人署名(自筆) _____

家族又は代理人署名(自筆) _____

患者との続柄: 配偶者・子・父母・兄弟姉妹・その他 ()

※ 患者本人が判断不能な場合又は署名不可能な場合は、代理人が代理人署名欄に署名して下さい。

確認欄 放射線科 施行医:



J 0 0 0 8 5 1 1 1 K R 0 6 A C 1 0 9 6 0 4 F 4 C 5 1 2 2 0 2 5 0 6 2 0 0 9 3 7 3 7 0 1 0 1

【コピー対象】

兵庫医科大学 ささやま医療センター

ビグアナイド類糖尿病治療薬に関する質問書・説明書

(糖尿病の治療を受けている患者さんへ)

現在、糖尿病の治療を受けている方へ、お手数ですが、以下のご質問にお答えください。

1. 今、糖尿病の薬を飲んでいますか？

☐ いいえ ☐ はい

※ 質問1. で「はい」とお答えの方にお尋ねします。

2. 薬の名前がわかりますか？

次の中から、該当するものに○をしていただくか、薬の名前をご記入ください。

メトグルコ錠250mg	メトグルコ錠500mg	
メトホルミン塩酸塩錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT	
メデット錠250mg	グリコラン錠250mg	ネルビス250mg
メタクト配合錠LD	メタクト配合錠HD	
エクメット配合錠LD	エクメット配合錠HD	
シバトス錠50mg	ジベトンS腸溶錠50mg	
その他（ ）		
薬の名前がわからない		

CTや血管撮影に使用する造影剤を投与した場合、稀にですが、腎機能が低下することがあります。

その時、ビグアナイド類糖尿病治療薬を服薬していると、乳酸アシドーシスという危険な状態になる場合があります。

そこで、当院では、検査の2日前からこれらの糖尿病薬の服用を止め、検査の2日後に腎臓の機能が正常であることを確認したうえで、再び薬を服用し始めるよう指導しています。

《説明者は以下のいずれかを選択し、チェックしてください》

これらの薬を飲んでいる方は、

- ☐ 造影検査の2日前（ 月 日）から薬の服用を止めてください。
- ☐ 本造影検査のために糖尿病薬を止めてもよいかどうかを、「糖尿病のかかりつけ医」に相談し、結果を主治医まで連絡してください。当院以外の医療機関に「糖尿病のかかりつけ医」をお持ちの場合は、別途紹介状をお渡しします。

【連絡先：Tel 079-552-1181（代表）】

上記造影検査を受ける際、糖尿病治療薬の危険性及び検査前後の注意について、

_____さんに説明を行いました。

年 月 日 （説明時間 時 分 ～ 時 分）

説明医師署名 _____