CT検査事前確認票（紹介元医療機関用）

検査予約日時	20　　年　　月　　日	予約時間	：
ご施設名（ご紹介元）			
フリガナ		年 齢	生 年 月 日
患者氏名		歳	年　　月　　日
久留米大学病院 または 久留米大学医療センターの受診歴	有　　・　　無 「有」の方のみ　（患者ID番号　：		
住 所 （当院受診歴が無い場合は必須）	〒（　　）		
電話番号 （日中ご連絡が取れる番号）	－　　－		

以下の １）～ １３）のすべての項目についてご確認をお願いします。

１）　身 長 ：＿＿＿＿＿cm　　・　　体 重 ：＿＿＿＿＿kg

２）　CT検査での造影剤使用歴の有無　　無　・　有

３）　造影剤による副作用歴の有無　　無　・　有

※副作用歴がある場合は、当院では造影検査を行うことが出来ません。

４）アレルギーの有無　　無　・　有

「有」の場合、以下の該当する項目にチェックをしてください。

□ 薬剤アレルギー　（薬剤名：　　）

□ 食物アレルギー　（食物名：　　）

□ その他　（　　）

５）気管支喘息の有無　　無　・　有

「有」の場合、以下の該当する項目にチェックをしてください。

□ 現在、治療中

□ 治療が終了して5年以内

□ 治療が終了して5年以上経過

※５年以内の治療歴がある場合は、当院では造影検査を行うことが出来ない場合があります。

６）腎機能（e-GFR）　：＿＿＿＿＿ml/min/1.73m^2　(e-GFR 30 ml/min/1.73m2以下は造影できません)

※検査予約日から過去３ヶ月以内の結果がなければ当院では造影検査を行うことが出来ません。

７）糖尿病の有無　　無　・　有

８）ビグアナイド系糖尿病薬（メトホルミン、メトグルコなど）の内服の有無　　無　・　有

「有」の場合、以下の該当する項目にチェックをしてください。

□ ビグアナイド系糖尿病薬休薬の指示済（休薬指示が無い場合は、造影検査が出来ない場合があります。）

□ ビグアナイド系糖尿病薬休薬不可

※該当薬内服中の場合、最長検査予約日の前後２日（計４日間）の休薬が必要となります。

９）透析の有無	無　・　有
１０）甲状腺機能亢進症（バセドウ病など）の有無	無　・　有
１１）妊娠中または妊娠の可能性	無　・　有
１２）Powerポート、CVポート、PICCなどの有無	無　・　有
１３）心臓ペースメーカーの有無　（「有」の場合は、手帳の持参が必要です）	無　・　有

検査説明	未　・　済
アザレアネット	使用する　・　使用しない
アザレアネット使用の同意 (初診時のみ必須)	口頭同意　：　有　・　無　　取得日：　年　月　日 紹介元患者ID：　　同意者：　本人　・　代理人（続柄　）

検査当日までに未確認の項目がある場合は、造影検査を実施できない場合がございますのでご了承ください。

問い合わせ先
久留米大学医療センター 放射線科受付
TEL / FAX　：　0942-22-6541

記入日時　：　年　月　日　　記入者氏名　：

ヨード造影剤を用いたCT検査説明書

１．検査名

ヨード造影剤を用いたCT検査

２．検査を行う理由

あなたの病気の診断、治療方針の決定、経過観察などの目的で検査を行います。ヨード造影剤を投与することで、画像にコントラストが付き、あなたの病気についての情報量が増え、診断と治療に役立ちます。

３．検査の具体的内容

ヨード造影剤という検査薬を使用してCT検査を行います。造影剤を投与できるか採血で腎機能を調べます。検査前に造影剤を血管内に投与するためのルートを静脈に挿入します。皮下埋め込み型ポートから造影剤注入を希望される場合は、造影 CT 検査に対応できるか確認したうえで資格をもった看護師が針を刺します。

【検査中】

ヨード造影剤を血管内へ投与すると一時的に体が熱くなりますが、通常は数分以内に消失します。造影剤投与中や投与後に体の異常を感じた場合は検査担当者に伝えてください。また、造影剤が血管外に漏れて注射部位が腫れて痛くなることもあります。通常は2日程度で吸収されますが、診察や処置が必要になることもあります。

【検査後】

検査後に、気分不良や体の異常を感じた場合は直ちに申し出てください。

４．検査に伴う危険性の程度

ヨード造影剤は安全な薬ですが、他の薬と同様に副作用が起きることがあります。副作用は、腎臓や肝臓の機能が低下している方、造影剤で副作用が起きたことがある方、喘息などのアレルギー歴を持つ方などが起きやすく、症状も重くなる危険性があります。重篤な副作用が起きた場合は、生命を守るために集中治療が必要になる可能性もあります。

軽い副作用〔頻度：100人につき5人以下（5%以下)〕

□痒み・湿疹・じんま疹、□胃の不快感（吐き気・嘔吐）

□のどの違和感・咳・くしゃみ、□手足のむくみ、□めまい、□頭痛など

重い副作用〔頻度：2.5万人につき1人（0.004%)〕

□息切れ、□呼吸困難、□胸痛、□痙攣、□失神、□血圧低下、□腎不全など

※ 次に記載していることに該当する項目がある方は、副作用が起きやすい場合や注意が必要な場合がありますので申し出てください。

○ 腎機能が悪い
必要に応じて点滴を行う場合や、緊急に透析を行う場合あり
推定糸球体濾過量（eGFR） 30≦ eGFR ＜60：ヨード造影剤の減量
30＜：原則禁忌（＊）
（＊）ヨード造影剤を使用する利益が不利益を上回る場合のみ、減量して使用
○ 透析中である
○ 造影剤による副作用が起きたことがある
○ 気管支喘息がある
○ 飲み薬や注射薬の薬物アレルギーがある、アレルギー体質である
○ 重篤な甲状腺の病気がある
○ 重篤な肝臓の病気がある
○ 重篤な心臓の病気がある
○ 次に書いてあるいずれかの薬を使用している
□ビグアナイド系経口血糖降下剤（糖尿病）
推定糸球体濾過量（eGFR）
eGFR ≧60　造影剤投与当日から投与後 2 日は内服を中止
30≦eGFR＜60　造影剤投与前 2 日から投与後 2 日は内服を中止
腎機能低下が懸念される場合は、造影剤投与後 48 時間以内の eGFR が増悪ないことを確認し再開
□βブロッカー（心臓病や高血圧）
□インターロイキン-2 製剤
○ 次に書いてあるいずれかの病気と言われたことがある
□マクログロブリン血症　□テタニー
□多発性骨髄腫　□褐色細胞腫
○ 妊娠中、授乳中である

５．頻度の低い合併症（0.1%未満）や偶発症であっても重篤な有害事象が発生する可能性があるもの

頻度は不明ですが、甲状腺機能低下症を発症することがあります。
ヨード造影剤によるショックで死亡することも非常にまれにあり、その死亡率は 25 万～50 万人に 1 人（0.0002～0.0004%）と報告されています。

皮下埋め込み型ポートから造影剤を注入した場合、カテーテルの亀裂または断裂に伴う、造影剤の血管外漏出がおこることが非常にまれにあります。

６．代替的検査法がある場合には、その内容及び利害得失

造影剤投与による危険性が高いと考えられる場合には、造影剤を使用した検査を行わない、別の造影剤を使用する、別の検査法を用いるなどの対応を行います。さらに、検査法について他の医師や病院などに意見を求める（セカンドオピニオン）ことができます。

７．その他

◎ 緊急時の対応について

検査室には、検査担当医、看護師、診療放射線技師が常在しています。また、必要に応じて主治医・担当医が検査に付き添います。予期せぬ事態が発生した場合には、緊急に治療ができる体制が整えられており、必要に応じて救急蘇生チームが最善の対処をします。

◎ 質問の機会について

説明書をよく読み、該当する項目がある場合、不明な点・気になる点があれば主治医・担当医またはスタッフへ申し出てください。同意書を提出した後や検査の当日でも構いません。

◎ 同意書の有効期限、保管について

久留米大学医療センターでは、ヨード造影剤投与に関する同意は検査の度に行っていただきます。控えをお渡ししますので、大切に保管してください。

久留米大学医療センター予約確認票

＿＿＿＿＿＿＿＿様が予約されている検査は、

造影 CT 検査　　です。

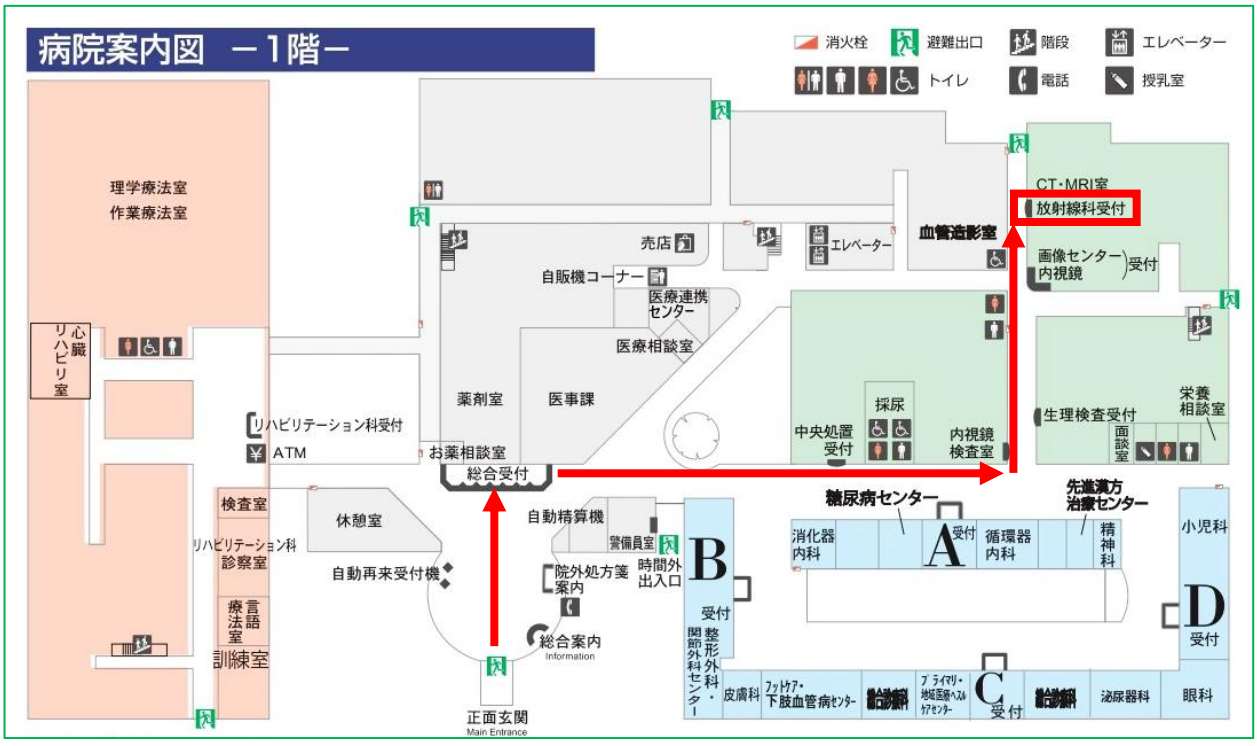
検査予約日時　：　　年　　月　　日　　時　　分

ご持参いただく物

・予約確認票（本紙）
・診療情報提供書
・健康保険証（マイナ保険証）
・診察券（当院の診察券をお持ちの方のみ）
・お薬手帳（お持ちの方のみ）
・検査事前確認票（紹介元医療機関からお預かりした場合のみ）
・過去３か月以内の腎機能の検査結果（紹介元医療機関からお預かりした場合のみ）

お願い

・検査予約時間の **30 分前**までに総合受付にて受付を済ませて下さい。
・受付終了後は、放射線科受付にお越しください。（下図、院内マップ参照）



※不明な点は、放射線科受付：0942-22-6541 へお電話ください。