

CT 造影検査依頼書（依頼医師記載）

造影剤を使用した検査には一定のリスクがあります。ハイ・リスクグループや検査前に注意しておかなければならない点がいくつかあります。安全な造影検査を施行するために下記の点をご留意の上、チェックボックスにチェックを入れて、診療情報提供書と一緒にファックスをお願いいたします。

気管支喘息患者・重篤な腎機能障害患者・重篤な甲状腺疾患のある患者

医師が使用禁忌とする症例・小児（満 15 歳）の造影検査は禁止とさせていただきます。

① 禁忌項目・原則禁忌項目

・過去のヨード造影剤で中等度（広範囲の発疹など）以上の副作用が出た事がある ある なし

*過去の副作用歴がある場合、重篤副作用の発生率は 5 倍程度になるとされています。

・現在、コントロール不良の甲状腺機能亢進症 ある なし

*甲状腺機能亢進症の患者ではヨード投与後、甲状腺クリーゼを引き起こす可能性がある
ある為禁忌。

・現在、治療中あるいはコントロール不良の気管支喘息 ある なし

*気管支喘息患者は副作用発現率が上昇するため禁忌。

・現在、重篤な腎障害 ある なし

*造影剤腎症のリスクとされています。eGFR45 以下では造影剤の減量、
eGFR30 以下では禁忌です。

なお、透析施行中では造影剤を投与することができます。

直近 3 ヶ月以内（できれば検査直前）の血清クレアチニン値をご記入ください。

クレアチニン _____mg/dl

・現在、重篤な心障害（うっ血心不全など） ある なし

上記チェック項目にあるのチェックが入っている場合は検査できません。

② 注意点

・現在、ビグアナイド系糖尿病薬を服用している ある なし

服用している場合、検査前後 48 時間の休薬の指示 済み

*造影剤使用による一過性腎機能低下によりビグアナイドの排泄遅延が起これ、乳酸
アシドーシスになる危険性が報告されています。

・現在、授乳中である ある なし

授乳中の場合、投与後 48 時間の授乳禁止の指示 済み

*造影剤の母乳への移行が報告されています

また、水分制限による脱水は副作用リスクが高くなるとされていますので、十分な水分摂取をご指示ください。

患者氏名 _____ 依頼施設名 _____ 担当医師名 _____

秀和総合病院放射線科

CT 造影検査についての説明書・同意書（患者様記載）

あなたの現在の症状に対する原因を調べるために CT 造影検査を行います。
その際に造影剤（ヨード系造影剤）を静脈内に投与します。造影剤を用いることにより病気を明瞭に描出できる利点があります。
造影剤は安全で広く用いられている検査薬ですが、副作用がおきることがあります。副作用には注射直後から 1 時間以内に発生する即時性副作用と、1 時間後～7 日程度までに発生する遅発性副作用があります。

ヨード系造影剤の即時性副作用の程度、種類、頻度

副作用の程度	副作用の種類	副作用の頻度
軽度	悪心・嘔吐・熱感・かゆみ・蕁麻疹・くしゃみ など	3～4%（100 人に 3 人程度）
重篤以上	呼吸困難・急激な血圧低下・意識消失 など	0.04%（2500 人に 1 人程度）

ヨード系造影剤の遅発性副作用の発生頻度は 3～8%で、そのほとんどは軽度の症状とされています。
即時性副作用が発生した場合には医師、診療放射線技師、看護師が即時対応し必要に応じて処置・治療を行います。遅発性副作用が発生した場合には下記に連絡をしてください。

私たちは以上の事項について、分かりやすく十分に説明いたしました。
納得された方は、同意書にご署名のうえ、検査当日に放射線科受付へご提出ください。
同意書をご提出いただけない場合は、やむを得ず造影剤を用いない検査に変更あるいは中止とさせていただきます。

造影剤使用検査（CT 造影検査）同意書

医療法人 秀和会 秀和総合病院 院長殿

私は指示医師から造影剤使用について十分な説明を受け、CT 造影検査について理解しましたので、検査の実施を承諾します。

緊急の処置を行う必要が生じた場合には適宜処置されることについても承諾します。

※ご本人が署名できない場合には、ご親族または代理の方が署名してください。

患者氏名（署名）_____

保証人・保護者の氏名 _____ 患者との続柄（ _____ ）

説明医師名 _____

※妊婦禁止・植え込み型除細動器のある方は範囲が限られます※

CT 検査依頼書（診療情報提供書）

ご紹介医療機関（貴院名）

医師名

フリガナ

明治・大正

受診者氏名

男・女

生年月日

昭和・平成

住所〒

電話番号

	撮 影 部 位	□単純・□単純+造影※・□ダイナミック※			
1	頭部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	糖尿病薬服用（有・無） 服用中の場合、休薬指示（した・しない）
2	頸部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
3	胸部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	備考
4	腹部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
5	骨盤部（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
6	脊椎（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
7	上肢（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
8	下肢（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	
9	その他（ ）	<input type="checkbox"/> 当院一任	Sag	Cor	

スライス厚に関して特別指示があれば記入して下さい。（ ）mm

傷病名

症状詳記・合併症など（医師コメントは必須です）

病名・症状詳記や特記事項を基に撮影内容を検討いたします。

情報提供のご協力を宜しくお願い致します。

