

**柏崎総合医療センター CT 共同利用申込書 兼 診療情報提供書**

医療機関名			医師名		
予約日時	年	月	日	曜日	:
フリガナ			生年月日	年	月 日
患者氏名			検査時年齢	歳	
性別	男性	女性	身長・体重	cm	. Kg
住所	〒 -				
電話番号			当院受診歴	有り・なし	
緊急連絡先			氏名		続柄

保険証および公費等医療証をご提供いただく場合、保険情報の記入は不要です

保険証記号・番号		医療証負担者番号	
保険者番号		医療証受給者番号	
被保険者区分	本人	家族	負担割合

臨床診断

検査目的 必ずご記入ください

造影検査は eGFR 又は Cre が必要です 採血日3ヶ月以内 年 月 日

- |                                |                                       |      |                           |
|--------------------------------|---------------------------------------|------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1: 単純 | <input type="checkbox"/> 3: 単純+造影     | eGFR | ml/min/1.73m <sup>2</sup> |
| <input type="checkbox"/> 2: 造影 | <input type="checkbox"/> 4: 単純+造影(一任) | Cre  | ml/min eGFRあれば不要です        |

<b>【頭頸部】</b>	<b>【胸部】</b>	<b>【上肢】</b>
頭部	胸部	鎖骨 みぎ ひだり
副鼻腔	胸部 ~ 上腹部	肩関節 みぎ ひだり
頸部	胸部 ~ 骨盤	肩甲骨 みぎ ひだり
頸部 ~ 胸部	胸骨・肋骨	上腕 みぎ ひだり
頸部 ~ 上腹部		肘関節 みぎ ひだり
頸部 ~ 骨盤部	<b>【腹部・骨盤】</b>	前腕 みぎ ひだり
<b>【脊椎】</b>	上腹部	手関節 みぎ ひだり
頸椎	腹部 ~ 骨盤	手 みぎ ひだり
胸椎	骨盤	<b>【下肢】</b>
腰椎	肝ダイナミック 食事制限あり	股関節 みぎ ひだり
仙尾骨	胆嚢・膵臓ダイナミック 食事制限あり	大腿 みぎ ひだり
	腎臓ダイナミック	膝関節 みぎ ひだり
<b>【その他】</b> 具体的にお願いします		下腿 みぎ ひだり
		足関節 みぎ ひだり
		足部 みぎ ひだり

**注意事項** 妊娠可能性 有り・なし ペースメーカー・ICD 有り・なし

その他の注意  
当院記入欄

該当する検査・指示項目に  をつけて患者様へお渡しいたしますようお願い申し上げます。

## CT 検査当日のご案内・注意事項【患者様用】

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

予定日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜 日 \_\_\_\_\_ :

受診当日は 1階 新患（①初診）窓口にお越しください。

混雑状況によって、検査開始が前後したり、順番を変更したりする場合がございます。

● 予定されている検査

- 単純 CT
- 造影 CT

● 予定されている検査部位

- 胃、肝臓、胆嚢・膵臓 (食事制限があります。●当日の食事、飲水 をお読み下さい)
- 胃、肝臓、胆嚢・膵臓 以外

● 来院時の持ち物

すべての方      1) 保険証      2) 当院診察券（お持ちの方のみ）      3) 紹介書類一式

4) ペースメーカー・ICD手帳（お持ちの方のみ）

造影 CTの方      5) 検査説明時に渡された『造影剤使用についての問診・同意書』

● 来院時の注意

- ・検査着に着替えていただく場合があります。
- ・ヘアピン、アクセサリー、カイロなど金属類は外していただく場合があります。

● 当日の食事、飲水

- 胃、肝臓、胆嚢・膵臓 の方 → 検査前の食事制限があります。
  - 午前から検査の方 ... 朝食は食べられません。  
内服中のお薬は少量のお水で早めにお飲みください。
  - 午後から検査の方 ... 朝食は早めに軽く済ませ、9時以降は食べられません。  
飲水は水のみで、必要最低限にとどめてください。
- 胃、肝臓、胆嚢・膵臓 以外の方すべて → 食事、飲水の制限はありません。

● 飲み薬

造影 CTの方のうち

ビグアナイド系糖尿病薬を内服中の方 → 検査の2日前から2日後まで休薬が必要です。

薬剤名

休薬  
期間

/

~

/

単純CT もしくは 上記の糖尿病薬以外を服用中の方すべて → 飲み薬はいつものように服用してください。

都合が悪くなった場合は紹介元ご施設様へご連絡ください。

検査に関するご質問等は当院までご連絡ください。

柏崎総合医療センター 代表) 0257 - 23 - 2165

フリガナ :			
患者氏名 :			
生年月日 :	年	月	日
年齢/性別 :	歳	男性	女性
身長/体重 :	cm		kg

検査予約日	年 月 日( ) :		
<input type="checkbox"/> eGFR	採血日(3ヵ月以内有効)		
<input type="checkbox"/> Cre	年	月	日

## C T 問 診 票

問診者 署名	
-----------	--

これまでに造影剤を使った検査を受けたことはありますか。 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでに造影剤を使った検査で具合が悪くなったことはありますか。 検査( ) 症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ヨード(イソジン消毒液や海藻など)、薬、食物などでアレルギー症状を起こしたことはありますか。 <input type="checkbox"/> 花粉症 原因( ) 症状( ) <input type="checkbox"/> 酒精綿	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以下の病気にかかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <b>慎重投与</b> <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/> テタニー	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」と答えた方で、現在治療を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか。 「はい」と答えた方で、CT検査を受けられる場合 以下の糖尿病薬は検査2日前～2日後までの計5日間 内服を中止してください。 <input type="checkbox"/> メトグルコ <input type="checkbox"/> メトホルミン <input type="checkbox"/> グリコラン <input type="checkbox"/> イニシク <b>ビグアナイド系糖尿病薬</b> <input type="checkbox"/> メタクト <input type="checkbox"/> イクメット <input type="checkbox"/> メトアナ <input type="checkbox"/> ジベトス、ジベトン <b>休薬の必要あり</b> <input type="checkbox"/> 上記以外( )	休薬期間 / から / まで
注) 非ビグアナイド系糖尿病薬や、MRI検査の場合は休薬不要です。	休薬は不要です

私は、造影剤の使用について必要性、危険性および合併症などについて説明いたしました。 以上の問診および診察の結果、造影剤の使用を許可します。	紹介元 医師署名

<b>J A新潟厚生連 柏崎総合医療センター病院長 殿</b>	
私は、今回の検査で造影剤を使用することについて理解し、これを使用することに同意します。 また、この医療行為の実施上必要な処置および制約、副作用発現時には必要な処置を受けることに同意します。 なお、検査前であればこの同意書をいつでも撤回できることを理解しています。	
20 年 月 日	代諾者のみ
本人 または 代諾者 署名 _____	続柄 _____

# CT用造影剤(ヨード)使用に関する説明

患者様用

下記の説明をよく読み、造影剤を使用する目的(メリット)と副作用(デメリット)を十分に理解した上で同意書に署名してください。

同意書への署名が困難な方、自ら判断が難しい方、未成年者の場合等は代諾者が署名してください。

同意が確認されるまで造影剤は使用いたしません。また、検査前であれば同意はいつでも撤回することができます。

## 使用目的

造影剤とは、身体組織の濃淡を強調することで、より正確な画像診断を行うための薬剤です。

具体的には病変の検出率向上や、性質をより詳しく診断することが可能になります。また、血管の状態や、臓器または病変部位の血流状態や特徴が観察できるようになります。病気の種類によっては造影剤を使わないと見つけられない場合もあります。

## 副作用について

造影剤の安全性は確立されていますが、あらゆる薬剤と同様に副作用が起こることがあります。残念ながら副作用を防止したり、あらかじめ知る方法は現在ありません。今まで副作用がなかった方でも起こることがあります。

副作用の症状は様々で皮疹などの軽症から、アナフィラキシーショックや呼吸困難などの重篤なもの、極々まれに死に至ることも報告されていますが、重篤な症状ほど発症頻度は低確率になる傾向があります。

主な副作用の種類と頻度は、悪心や熱感:約1%、蕁麻疹、かゆみ、嘔吐、くしゃみ、紅潮、咳:0.5%未満、動悸、血管痛、呼吸困難、胸痛、悪寒・戦慄、嘔声、腹痛:0.1%未満、顔面浮腫、急激な血圧低下:0.01%、意識消失:4万件に1件、心停止:16万件に1件、死亡:数十万件に1件といった割合です。

副作用発現時は適切な処置を受けることにも同意していただきます。検査室には迅速に対処できるよう救急カートが常備しており、症状に合わせて対症療法を行います。万が一重篤な副作用が起こったときは、病院全体で対処する体制を整えています。また、まれに造影剤が血管の外に漏れ、痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤は時間と共に吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になります。

CT用ヨード造影剤は体内に入ると体が熱く感じますが、血管が広がり血行が良くなるのが原因で問題ありません。また注入後次第におさまっていきますので心配ありません。

## 使用後の注意点について

多くの場合、副作用は投与後10分以内に発現しますが、1時間から数日後にも発現する可能性があります。造影剤使用后、発赤、発疹、じんま疹、悪心、嘔吐、血圧低下、頭痛など副作用だと思われる場合は当院にご連絡下さい。

体内の造影剤は約24時間で尿と一緒に体外に排泄されるため、いつもより多めに水分補給をお願いします。

水分制限されている方は主治医の指示に従ってください。

## 特に注意が必要な方

腎機能の低下している方は、造影剤により腎機能が急激に悪化することがあるため、腎機能の数値を血液検査で確認してから行っています。また、造影剤使用の前後に点滴などの処置が必要になることもあります。

気管支喘息の方はない方に比べて10倍、過去に造影剤使用時に副作用の起こったことがある人はない人に比べて4.7倍、心臓の病気のある人はない人に比べて3倍起こりやすいことが知られています。

ヨード(ヨウ素)に対してアレルギーがある方、重篤な甲状腺疾患のある方はヨード造影剤は使えません。

## 糖尿病薬を飲んでいる方

ビグアナイド系の糖尿病薬であるメトグルコ錠、メルビン錠、

エクメット配合錠、グリコラン錠などは、検査日2日前～2日後の5日間は内服を中止して下さい。

## 妊娠中 または 授乳中の方へ

妊娠中の造影剤投与に関する安全性は確立していません。当院では授乳中の乳児への影響は非常に小さいとして、特段の理由がない限り造影剤使用後の授乳制限はしておりませんが、主治医とよく相談のうえで行ってください。次の参考データが日本医学放射線学会から発表されています。(2019年6月時点)

母乳への移行 : 投与量の1%未満(投与後24時間)

乳児の消化管吸収 : 母乳中の1%未満