

ID :

様

この用紙はCT検査を受けていただくにあたっての注意事項や、ヨード造影剤の副作用についての説明書です。検査の内容によってはヨード造影剤の注射をさせていただく可能性があります。検査当日までに必ずお読みになってください。

## \*検査当日について

- ①検査予約時間の30分前に、診察券をお持ちの方はセンター棟の放射線科受付へ（土曜日はセンター棟の総合受付へ）診察券をお持ちでない方はセンター棟の総合受付へお越しください。
- ②CT検査における飲食の制限はございません（胃や胆のうを目的とする場合は検査前3時間の絶食をお願いします）。
- ③常用薬はいつも通り服用してください（ピクアナイド系糖尿病薬を服用されている場合は主治医の指示に従ってください）。

## \*造影剤について

- ①検査を行う上でより詳しい画像情報を得るためにヨード系造影剤を使用します。
- ②通常静脈注射で行います。
- ③造影剤を注射する際は体が熱くなることがありますが、造影剤による一時的な刺激であり心配はありません。

## \*造影剤の副作用について

- ①軽い副作用：嘔気、嘔吐、かゆみ、発疹などで頻度は5%程度（基本的に治療は要しないものです）。
- ②重い副作用：呼吸困難、血圧低下、意識障害などで頻度は0.04%程度。（通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります）
- ③他の薬剤と同様に症状、体質によっては、死亡例の報告があります（40万例に1件で0.00025%との報告があります）。
- ④副作用は、造影剤を使用した直後から症状が出る場合が大半ですが、1時間～1週間ほど経過してから症状が出てくる場合もあります（遅発性副作用）。
- ⑤検査中に副作用が現れた場合、最善の処置を施しますので気分不良や違和感など有りましたら遠慮せず、検査担当者に申し出てください。
- ⑥検査内容に承諾し同意書を提出されたあとでも、体調不良や検査を受けたくなくなった場合は、担当の診療放射線技師または看護師にご相談ください。

## \*持続血糖測定器（リブレ等）について

- ①リブレセンサーを装着したままの状態ではCT検査は出来ませんので、検査前に外していただくか、センサー交換時期に合わせた検査日に調整していただく必要があります。
- ②緊急時でもリブレセンサーを外していただく必要がありますが、万が一、センサーを装着したまま検査を行った場合でも、測定器のデータが消失していなければセンサー交換は不要です。

## \*心臓ペースメーカーおよびICD（植え込み型除細動器）について

- ①当院では心臓ペースメーカー本体に5秒以上連続してX線束を照射しないため、植え込み型心臓ペースメーカーを使用中の患者さまでもCT検査を受けていただくことができます。
- ②ICD（植え込み型除細動器）につきましては本体に照射しないこととあるため、検査部位（特に胸部）によってはCT検査をお断りさせていただくことがあります。

## \*検査後の注意

- ①飲水制限のない患者さまは造影剤を体から早く出すために水分を多めに採るように心がけてください。
- ②遅発性副作用と思われる症状が起きましたら、当院へ来院されるかお電話ください。

# ヨード造影剤問診票

ID : \_\_\_\_\_ 様  
記入日 年 月 日

別紙「CT 検査説明書」をお読みになった上、安全に検査を実施するために以下の項目□に✓印または記入してください。

※ご本人が記入できない場合には付添いの方に記入してもらってください。

## 【問診票】

- 「CT 検査説明書」をお読みになりましたか  
 はい  いいえ → お読みください
- 今までに造影剤を用いて検査を受けたことがありますか  
 なし  
 あり :  CT  MRI  血管造影  腎盂造影  胆道造影  子宮卵管造影  
 その他 ( )
- 造影を用いた検査を受けたとき、副作用はありましたか  
 なし  
 あり :  かゆみ  吐き気  くしゃみ  嘔吐  発疹  ショック状態  
 その他 ( )
- 下記の疾患で治療を受けたことがありますか  
 甲状腺機能亢進症 (バセドウ病)  骨髄腫  マクログロブリン血症  テタニー  褐色細胞腫  
 該当なし
- アレルギー性の病気や体質がありますか  
 なし  
 あり :  気管支喘息  蕁麻疹 (具体的に : )  
 アレルギー性鼻炎  花粉症  アトピー  お薬・食べ物 ( )
- 腎臓の病気あるいは腎機能が悪いと言われたことはありますか  
 なし  
 あり (具体的に : )
- 経口糖尿病薬を服用していますか  
 なし  
 あり (薬品名 : )  
※飲んでおられる薬の名前がわからない場合はその薬を当日お持ちになってください
- 心臓の薬を服用していますか  
 なし  
 あり (薬品名 : )
- 現在の体重はどのくらいありますか ( ) kg
- 妊娠中またはその可能性がありますか  
※女性の方のみ  
 なし  あり  わからない