

# ヨード造影剤使用に関する説明及び同意書

説明年月日： 年 月 日

説明医師名： (署名)

(署名)

## 【造影剤について説明】

今回実施する検査では、「ヨード造影剤」という薬を静脈内に注射いたします。この造影剤を使用することにより、普通のレントゲン撮影では得られない病変が見つかったり、病変が明瞭になり、病変の性質についてのより詳しい情報を得ることができます。

つきましては、造影剤を使うとまれに副作用が起こることがあります。最近では、副作用の少ないものが開発されて用いられていますが、それでも約3%の患者さんに何らかの副作用が生じます。副作用には検査中や直後に生じる即時性のものと、検査終了数時間から10日後くらいにおきる遅発性のものがありますが、ほとんどは気分が悪くなったり、吐いたり、じんま疹が出たり、かゆくなったりといった軽いものです。しかし、中に冷や汗がでたり、胸が苦しくなったりすることがあります。また、ごくまれに「体質異常」などにより重篤な症状が現れることもあります。

当院では検査に対し医師、看護師が万全の準備を整えており、万一の副作用に対してもすばやく対応ができるようにした上で、検査を行っています。もし変だと感じたら、ためらわずにすぐにおっしゃってください。その他わからないことや、気になることがあれば検査担当者にお申し出ください。

- ・今までに造影剤を使用したことがありますか。  
なし      使用したことがある：CT検査、腎臓検査、胆のう検査、血管造影、MRI検査
- ・使用したことのある人は、そのとき異常がありましたか。  
なし      異常があった；吐き気、じんま疹、嘔吐、その他( )
- ・今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか。  
なし      あり；( )
- ・今までに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか。  
なし      あり；(時期 )
- ・今までに腎臓の働きが悪い(腎不全など)といわれたことがありますか。  
なし      あり
- ・現在、心臓の薬を飲んでいますか。  
いいえ      はい；(薬の名前： )
- ・現在、甲状腺の薬を飲んでいますか。  
いいえ      はい；(薬の名前： )
- ・あなたの体重についておたずねします。  
70kg未満です      70kg以上です
- ・現在、妊娠中、または妊娠している可能性はありますか。  
なし      あり

上記の説明により造影剤を使用した検査を受けることについて理解できましたので、同意します。

記入日： 年 月 日

患者さんまたは代理人の方(続柄 )

(ご署名)

# CT検査依頼書

(診療情報提供書)

<予約、問い合わせ先>

社会医療法人 高清会 香芝旭ヶ丘病院 放射線部

TEL.0745-77-8101

FAX.0745-78-5090

I D	フリガナ	CT	予約日	令和	午前	時	分
				年	月	日	午後
氏名	男・女	様	才	医療機関名・診療科			
				主治医			
生年月日 M・T・S・H			年	月	日生	電話番号 ( ) -	
連絡先			FAX ( )		-		

●造影剤を使用しますか？ 使用しない 使用する(造影剤使用に関する同意書の記入もお願いします)

検査部位	確認事項	
<input type="checkbox"/> 頭 部 ( 頭部・下垂体・副鼻腔・内耳道 )	・身長 cm ・体重 kg	
<input type="checkbox"/> 頸 部 ( 頸部・甲状腺・咽頭・喉頭・頸動脈 )	・妊娠中またはその可能性 ( あり・なし )	
<input type="checkbox"/> 胸 部 ( 縦隔・肺野・大動脈 )	・アレルギー ( あり・なし )	
<input type="checkbox"/> 心 臓 ( Coronary・Bypass )	・麻酔・鎮静剤 ( 要・不要 )	
<input type="checkbox"/> 腹 部 ( 全腹部・肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・腎動脈 )	・感染症 ( あり・なし )	
<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ( 前立腺・膀胱・婦人科領域 )	造影剤を使用する場合のみ記入	
<input type="checkbox"/> 脊 椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎 )	・ヨードアレルギー ( あり・なし )	
<input type="checkbox"/> 骨関節 ( 右・左 ) ( 肩・股・膝・足・肘・手 )	・血清BUN mg/dl	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	・クレアチニン値 mg/dl	

【臨床診断名】

【手術歴・現病歴(検査結果)】

【検査目的(詳細に)】

# CT検査依頼書

(診療情報提供書)

<予約、問い合わせ先>

社会医療法人 高済会 香芝旭ヶ丘病院 放射線部

TEL.0745-77-8101

FAX.0745-78-5090

I D	フリガナ	CT	予約日	令和	午前	時	分
				年	月	日	午後
氏名	男・女	様	才	医療機関名・診療科			
				主治医			
生年月日 M・T・S・H			年	月	日生	電話番号 ( ) -	
連絡先			FAX ( )		-		

●造影剤を使用しますか？ 使用しない 使用する(造影剤使用に関する同意書の記入もお願いします)

検査部位	確認事項	
<input type="checkbox"/> 頭 部 ( 頭部・下垂体・副鼻腔・内耳道 )	・身長 cm ・体重 kg	
<input type="checkbox"/> 頸 部 ( 頸部・甲状腺・咽頭・喉頭・頸動脈 )	・妊娠中またはその可能性 ( あり・なし )	
<input type="checkbox"/> 胸 部 ( 縦隔・肺野・大動脈 )	・アレルギー ( あり・なし )	
<input type="checkbox"/> 心 臓 ( Coronary・Bypass )	・麻酔・鎮静剤 ( 要・不要 )	
<input type="checkbox"/> 腹 部 ( 全腹部・肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・腎動脈 )	・感染症 ( あり・なし )	
<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ( 前立腺・膀胱・婦人科領域 )	造影剤を使用する場合のみ記入	
<input type="checkbox"/> 脊 椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎 )	・ヨードアレルギー ( あり・なし )	
<input type="checkbox"/> 骨関節 ( 右・左 ) ( 肩・股・膝・足・肘・手 )	・血清BUN mg/dl	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	・クレアチニン値 mg/dl	

【臨床診断名】

【手術歴・現病歴(検査結果)】

【検査目的(詳細に)】

# CT検査予約票

(患者様にお渡しください)

<予約、問い合わせ先>

社会医療法人 高済会 香芝旭ヶ丘病院 放射線部

TEL.0745-77-8101

FAX.0745-78-5090

I D	フリガナ	CT	予約日	令和	午前	時	分
				年	月	日	午後
氏 名	様	男・女 才	医療機関名・診療科				
			主治医				
生年月日 M・T・S・H 年 月 日生			電話番号	( )	-		
連絡先			FAX	( )	-		

●造影剤を使用しますか？ 使用しない 使用する(造影剤使用に関する同意書の記入もお願いします)

## 検査を受けられる方へのご注意

◎検査当日は、保険証または後期高齢者医療被保険者証とこの予約票を必ずご持参の上、予約時間の30分前までに受付カウンターにて受付をお済ませください。(予約時間までにおいでいただけない場合はお待ちいただく事がありますのでご了承ください。)

◎検査日時の変更またはキャンセルにつきましては、なるべく検査前日までにご連絡願います。

◎妊娠中、または妊娠の可能性のある方は、主治医の先生にご相談ください。

◎造影剤を用いた検査および腹部の検査を受けられる場合は以下の点にご注意ください。

・検査時間が午前中の方は朝食を、午後の方は昼食を摂らずにお越しください。常用薬は内服していただいで結構です。(但し、糖尿病の方は主治医の先生にご相談ください。)

・お水やお茶の制限はありません。検査当日は十分量の水分を摂ってください。(但し、飲水量に制限のある方は主治医の先生にご相談ください。)

・造影剤を用いる検査には患者様の同意が必要です。主治医の先生にお渡ししている説明書をお読みいただいた後、同意書へのご署名をお願いいたします。

・検査を始める前に当院の医師もしくは看護師により、ご記入いただいた用紙をもとに問診を行います。造影剤およびその他の薬物によるアレルギーや気管支喘息をお持ちの方は、造影検査を施行できない場合もありますのでご了承ください

◎心臓の検査を受けられる方は、検査当日循環器医より結果を説明させていただきます。

◎検査に関するお問い合わせ時間は、午前9時～午後5時30分までお願いします。