

CT 検査(造影剤投与)を受けられる方(御家族)に

目 的：

今回実施する CT 検査では、より詳細な情報を得るため、造影剤という検査薬を使用する可能性があります。

方 法：

造影剤とは、ヨードを原料とする液体で、血管内や病変部に分布する性質をもっており、病変部を染めて判別しやすくし、血管の様子、病気の広がりなどを正確に評価するのに役立ちます。CT 検査の際の造影剤投与は、通常、静脈からの注射で行います。注入を行いながら撮影をしていきますので、撮影終了後、注射の針を抜いて検査を終わります。

造影剤は通常は投与後 24 時間で投与量の約 93～99%が腎臓から尿として体外へ排泄され、最終的には体内には全く残りません。

なお、静脈注射および造影剤注入時の観察は、医師あるいは資格認定を受けた看護師が行います。

合併症：

1) 造影剤の安全性は確立されていますが、まれに副作用が起こることがあります。

軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・くしゃみ・発疹などです。その発生頻度は 2.4%です。

これらの症状は自然に軽快していきませんが、症状の程度により薬による治療を行うことがあります。

重い副作用：呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。その発生頻度は 1000 人につき 2 人 (0.2%) です。

その症状に応じて適切な対応をいたします。病状・体質によっては非常に希ですが約 10-20 万人に 1 人の割合 (0.0005%-0.001%) で死亡する場合があります。

2) 副作用の出やすい体質や病気があります。アレルギー体質の方は、副作用が生じる可能性が約 3 倍多いといわれます。特に気管支喘息の方では副作用の発生頻度は約 10 倍といわれます。また、腎機能障害がある方が造影剤を使うとさらに悪化することがあります。

3) 造影剤の注入に伴い、体が温かくなることがありますが注入後は自然に軽快しますので心配ありません。

4) 臓器や病変を鮮明に写し出すために、造影剤の注入は通常の点滴より急速に行います。そのため血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。通常、自然に腫れは吸収され消失しますが、もれた量が多量である場合は処置が必要になる場合があります。

合併症が発生した場合は、最善の治療を行います。そのため入院あるいは入院間の延長、緊急の処置が必要になることがあります。その際のコストも通常のコストと同様に取り扱います。

以上、説明に納得された方は同意書にご署名ください。

ご承諾が得られない場合には造影剤を使用しない CT 検査を行うことになります。また同意書を提出された後でも造影検査を中止することはできますので、いつでもお申し出ください。

CT 用造影剤を使用する場合はお食事を控えさせていただきます(午前の検査：朝食、午後の検査：昼食)、お茶、ジュースなどの水分はその他の検査等で制限が必要なければとってください。脱水状態で造影検査が行われますと、嘔気、嘔吐が生じやすくなります。

なお、御不明な点や質問等がありましたら主治医または看護師にお尋ね下さい。

造影 CT 検査を受けられる方への説明

CT 検査は X 線（レントゲン）を使い体の輪切り画像を撮影し診断を行う検査です。
安全に検査を行うために以下のことに注意して下さい。

検査の前に：

- ◎ CT 用造影剤を使用するため食事を控えていただきます。（午前の検査：朝食、午後の検査：昼食）
※ お茶、ジュースなどの水分はその他の検査等で制限がなければとって頂いて結構です。
- ◎ 普段飲んでいるお薬（血圧の薬、心臓の薬など）は普段通りに飲んで下さい。

検査中：

- ◎ 検査室内では放射線技師の指示に従って下さい。機械にはむやみに触れない様をお願いします。
- ◎ 検査は仰向けまたはうつ伏せになって行います。検査中は動かないで下さい。
- ◎ 検査部位によってはズボン・スカートを下げて検査する場合がありますのでご了承下さい。
- ◎ 検査中、「息を吸って止めて下さい」「動かないで下さい」と指示いたしますので従って下さい（耳がご不自由な方は予めお申し出下さい）。

検査終了後：

- ◎ 検査終了後に、「検査が終わりました」と声をかけますので、それまでは体を動かさないで下さい。
- ◎ 造影剤を注射するので水分（アルコール以外）を多めにとって下さい。またその他の検査等で制限がなければ食事をして頂いて結構です。

その他：

- ◎ 緊急を要する患者様や状態の悪い患者様の検査を優先することがございます。予めご了承下さい。

【患者様へ】

- ・ 予約時間の 30 分前までにお越しになり、1 階窓口にて受付を済ませて下さい。
- ・ 他の検査がある方は、その検査の注意にも従って下さい。

※ 予約日、予約時間の変更やお問い合わせにつきましては下記までご連絡下さい。

医療法人財団 きよせ旭が丘記念病院
東京都清瀬市旭が丘 1-619-15
電話 042-491-2121(代表)

同意書

きよせ旭が丘記念病院 病院長殿

私は、きよせ旭が丘記念病院における **C T (造影)検査** について、医師から十分な説明を受け、よく理解し納得いたしましたので、診療を受けることに同意いたします。
また診療実施中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも承諾同意いたします。その費用も負担することを承諾同意いたします。

年 月 日

患者氏名 _____ 印
住 所 _____
電 話 _____

親族または理解補助者（親権者・父母・配偶者・兄弟姉妹・保護義務者・法定代理人など）
（患者が未成年である場合は必須）

氏 名 _____ 印 （続柄： ）
住 所 _____
電 話 _____

注：提出された同意書は、診療前にいつでも撤回できますのでお申し出下さい。
その場合に当院において不利益を受けることは一切ありません。

年 月 日

私／私達は、
患 者 _____ 様
親族または理解補助者 _____ 様

に、C T (造影)検査についてご説明いたしました。

病・医院名 _____
診療科名 _____
説明医師 _____ 印

上記内容にて承諾いたします。

医療法人財団 きよせ旭が丘記念病院

医師 _____ 印