検 査 説 明 書（FAX 検査予約用）

検査名　　**造影 CT 検査**

２０　　年　　月　　日

検査について説明致しますが、分からないことがありましたらご遠慮なくご質問下さい。

1. **検査目的**：病巣の有無，部位，性状などについて詳しく調べ，適切な治療を行うために施行します。
2. **検査方法**：装置の寝台に通常は仰向けに寝た状態で撮影します。撮影中は静止し，息止めが必要です。目的とする体の部分の断面図が数 mm から 1cm 間隔で撮影されます。造影検査は，撮影に応じて造影剤を静脈内に注入して検査を行います。
3. **検査前後の注意**：検査の約３時間前より，飲食はとらないでください。
   定時の薬は、主治医の指示通りに服用して下さい。
   検査後は，水分を多く取って尿を早めに出した方が良いと言われています。（水分制限されている方は指示に従ってください。）
4. **造影検査に伴う合併症について**：CT 造影剤は，多くの場合人体に無害です。しかし稀に副作用の見られることがあります。治療が不要な軽症の副作用は 100 人に１人から２人に認められ，熱感，かゆみ，不快感，嘔吐などの症状が出ることがあります。重症の副作用は数万人に１人認められ，ショック症状，血圧低下，呼吸困難，腎不全等が出現することがあります。非常にまれですが，死亡例も報告されています。また，まれに検査終了後数時間から数日後に体がだるい，頭痛，じんま疹などがでることがあり,症状があれば，受診をお願いいたします。
   また，勢いよく造影剤を注射する場合には，血管外に造影剤が漏れることがあります。その部位が腫れて痛みを伴うこともあります。通常は時間がたてば吸収されて心配ありません。まれに漏れた量が多い場合は別の処置が必要となることがあります。

※造影検査前問診票　：　『はい』か『いいえ』にチェックをしてください。（　）に必要事項を記入してください。

1)今までに造影剤を使用する検査を受けたことがありますか？	□はい		□いいえ
→「はい」と答えた方、その時副作用はありましたか？	□はい	（症状は　　）	□いいえ
2)気管支喘息と言われたことがありますか？	□はい		□いいえ
3)アレルギー体質（薬，食物，花粉症，アトピー）ですか？	□はい	（種類は　　）	□いいえ
4)甲状腺，心臓，腎臓の病気はありますか？	□はい	（病名は　　）	□いいえ
5)抗糖尿病薬（メトホルミン・メトグルコ）を内服していますか？	□はい		□いいえ

万一合併症が起きた場合は、万全の対応をいたしますが、入院・手術を要する事もあります。

松戸市立総合医療センター　放射線科　　医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

紹介元
医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

検 査 同 意 書

年　　月　　日生

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、上記検査について担当医師から十分な説明を受け、その内容及び危険性について理解しましたので、検査の実施に

□同意します　　□同意しません

２０　　年　　月　　日

患者様氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

立会人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄　　）