

# CT・MRI・RI検査予約申込用紙

送信先:新潟医療生活協同組合 木戸病院 地域医療連携室

TEL:025-256-6700 FAX:025-256-6710

紹介元医療機関:

医師名: \_\_\_\_\_ 先生

TEL: \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

フリガナ				明・大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 生 ( )
住 所	〒 _____			TEL _____

希望検査            CT    MRI    RI

検査部位 ( \_\_\_\_\_ )

造影剤使用(CT/MRIの場合)            する            しない

読影希望            あり            なし

データ希望    要(CD ・ フィルム)    不要

その他            交通事故    ・    労災    ・    医療保険

予約希望日            年    月    日    (    )

※予約調整を行いますが、ご希望通りにお取りできない場合もあります。予めご了承下さい。

検査目的	
------	--

## 造影検査と副作用に関する説明書

### 1. 造影検査の目的

今回実施する検査において、ヨード造影剤という検査薬を使用いたします。造影剤を投与する事によって血管、臓器、尿路などが鮮明に描出されるため、それぞれの検査においてさらに有用な情報が得られます。腎機能が正常な場合には、造影剤は約 6 時間で約 90%が、その後全てが尿として排泄されます。

### 2. 造影検査を受けられない方

アレルギー体質の方は造影剤による副作用が約 3 倍発生しやすいといわれ、中でも喘息の方は 10 倍といわれており注意が必要です。また腎臓機能障害を生じることもあります。次に該当される方は、担当医にお知らせ下さい。

- 1) 以前、造影剤で副作用が出た、具合が悪くなった方
- 2) ご本人または血縁者に喘息やアレルギーがある方
- 3) 腎臓の病気がある方

### 3. 造影剤による副作用

最近の造影剤では副作用の少ないものが用いられていますが、軽症なものから重篤な副作用の発現の頻度は約 3%です。副作用の発現は、検査中や検査直後の発生する即時性のもの、検査終了後数時間から数日後に発生する遅延性のものがあります。

#### 1) 即時性副作用の症状

注射局所の反応：注射部位から中枢にかけた皮膚発赤・膨疹・疼痛・掻痒感

全身反応：しびれ感・熱感・頭痛・眩暈・耳鳴り・不安感・頻脈・血圧低下・不快感・

口内や咽頭部異常感・口渇・咳嗽・喘鳴・腹部蠕動・発汗・悪寒・発疹

また、稀に（0.01%程度の頻度）で重い副作用（呼吸障害、意識障害、ショック、腎不全など）が発生し、さらに死亡例は約 10～20 万人に 1 人の割合で発生すると報告されています。

#### 2) 遅発性副作用

稀に、検査終了後数時間から数日後に倦怠感、頭痛、蕁麻疹などが発生することがあります。

#### 3) ビグアナイド系糖尿病薬（BG 薬）との併用による副作用

BG 薬内服者がヨード系造影剤の投与後に急激な腎機能悪化を来し、乳酸アシドーシスに至った症例が報告されています。BG 薬内服者にヨード系造影剤を使用する検査を施行する場合には、BG 薬の一時的な中止が推奨されています。

### 4. 緊急時の対応

#### 1) 即時性副作用

検査中は医療スタッフが常に観察しています。副作用が生じた場合には、できる限り速やかな対処を行ない、必要に応じて医師が速やかにかけつけ治療します。

#### 2) 遅延性副作用

数時間から数日後に異常を認めたら、すぐに受診している診療科に、休日・夜間の場合には救急外来にご連絡下さい。その際には、いつ、どのような検査で造影剤の注射を受けたか忘れずにお話し下さい。

## 造影剤使用検査に伴う問診と説明・同意書

疾患の診断または治療のため、造影剤を使用した検査が必要です。  
造影剤の使用に当たっては、薬剤、特に造影剤使用によるアレルギーの問診を行い慎重に  
投与いたしますが、稀に即時性副作用や遅延性副作用が生じることがあります。  
副作用が発生した場合には、できる限り速やかな対処、治療を行ないますが、重篤な状態  
にいたる場合もあります。詳しくは説明書をご参照下さい。

検査方法と、検査前の問診です。

1.検査方法： CT  血管造影  腎尿管膀胱造影  その他（\_\_\_\_\_）

2.問診

- ・この検査を受けたことがありますか？  初回  2回目  3回以上
- ・以前の造影剤検査で皮膚、血圧、呼吸など異常がありましたか？  いいえ  はい
- ・ご自身や血縁者に喘息やアレルギーの方はいらっしゃいますか？  いいえ  はい
- ・腎臓の病気がありますか？  いいえ  はい（病名：\_\_\_\_\_）
- ・糖尿病のお薬（BG薬）を飲んでいますか？  いいえ  はい  
 （薬品名：\_\_\_\_\_）  
 （薬品名：\_\_\_\_\_）

実施予定日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

新潟医療生活協同組合 木戸病院長 殿

私は、造影剤使用検査の必要性と、造影剤による副作用について医師より説明を受け、内容  
について十分に理解しましたので検査を受けることに同意いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

同席者氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

直筆の署名がある場合、印鑑は不要です。

様

休薬  有り  無し

造影剤を使用するCT検査です。

休薬有りの方で下記のお薬を飲まれている方は期間通り休薬して下さい。

	薬品名	休薬して頂く期間
	メトグルコ錠	朝 から 夜 まで休薬
	メデット錠	朝 から 夜 まで休薬
	グリコラン錠	朝 から 夜 まで休薬
	ネルビス錠	朝 から 夜 まで休薬
	メトホルミン塩酸塩錠	朝 から 夜 まで休薬
	メタクト配合錠LD	朝 から 夜 まで休薬
	メタクト配合錠HD	朝 から 夜 まで休薬
	ジベトス錠	朝 から 夜 まで休薬
	ジベトスS腸溶錠	朝 から 夜 まで休薬
	エクメット配合錠LD	朝 から 夜 まで休薬
	エクメット配合錠HD	朝 から 夜 まで休薬
	イニシンク配合錠	朝 から 夜 まで休薬
	錠	朝 から 夜 まで休薬
	錠	朝 から 夜 まで休薬
	錠	朝 から 夜 まで休薬
	錠	朝 から 夜 まで休薬