

CT(コンピューター断層撮影)検査説明書

検査予定日は 月 日()曜日 時 分です

当日は予約時間の10分前迄に来院し 再診受付をしてください
受付後 1階レントゲン受付へお越しください

注意事項

腹部検査の方は**禁食**になります

造影検査の方(部位に関わらず)は**禁食**になります

- 午前の検査の方は 当日の朝食は禁食となります
- 午後の検査の方は 朝9時以降禁食となります
- 飲水は構いませんが 水のみとして下さい
- **糖尿病薬以外**の薬は お飲みいただいて結構です

本日緊急検査で造影検査がある方は

食後3時間以上空けてから検査になります

- 尚, 不明な点がございましたら, 外来看護師までお問い合わせください

ヨード造影剤(CT・DIP)検査説明書

造影検査の為 禁食となります

今回、症状を正確に診断するため造影剤を用いる検査が必要になりました。造影剤は、静脈注射によって血管内に直接投与する方法で使用され、病気について多くの情報を得ることができます。

造影検査による副作用

検査は十分注意して行います。

稀に次のような副作用を生じることがあります。

- | | |
|----------------------|------------|
| ■ じんましんや気分不快などの軽い副作用 | 100人に1人くらい |
| ■ 血圧低下などの重い副作用 | 1万人に1人くらい |
| ■ 死亡にいたる副作用 | 20万人に1人くらい |

これらの副作用に備え、患者さんの状態を十分観察しながら検査を行い、異常時には適切な処置をとらせていただきます。

また造影剤注入中は体が熱くなることがありますが、検査終了時には治まってきます。終了後には水分を多めにお取りください。

尚、更に稀にしか起きませんが、造影剤注射後30分以上たってから発疹が出たり気分不快を生じる遅発性アレルギーといわれる副作用があります。

検査終了後、帰宅されてから何かありましたらご連絡ください。

造影剤を用いる検査承諾書

※この用紙は記入して病院(放射線科)へ持参してください

下記項目をチェック記入してください

・ 食事時間	あり(:)・なし
・ これまでに造影剤のアレルギーが出たことがある方	あり・なし
・ 他の薬や食物でアレルギーの出やすい方	あり・なし
・ 喘息、じんましん等、アレルギー体質の方	あり・なし
・ 甲状腺、腎臓等に病気をお持ちの方	あり・なし
・ 心臓、肝臓、血液等に重い病気をお持ちの方	あり・なし
・ 糖尿病の薬を飲んでいませんか (あり薬品名)	あり・なし

■ありに該当する方は副作用が出やすい傾向にあります

造影剤を用いる検査の内容、必要性及び副作用などについて医師の説明、検査説明書により十分理解し、検査を承諾します。
また、検査中に緊急の処置をする必要が生じた場合は、適宜処置されることについても承諾します。

平成 年 月 日

患者 ID _____

患者氏名 _____

保護者又は
保証人氏名 _____

患者との続柄 _____

医師名 _____