

# X線CT検査依頼票・照射録

I D. No.

氏 名

生年月日 M. T. S. H. 年 月 日 ( ) 歳 男 女

住 所

医療法人 公仁会 前澤病院

TEL : 0265(83)2151 FAX : 0265(82)6278

所属科名 ( ) 外来・病棟 ( )

医師署名

紹介病医院名称

紹介医師氏名

TEL

FAX

検査実施日 H. 年 月 日

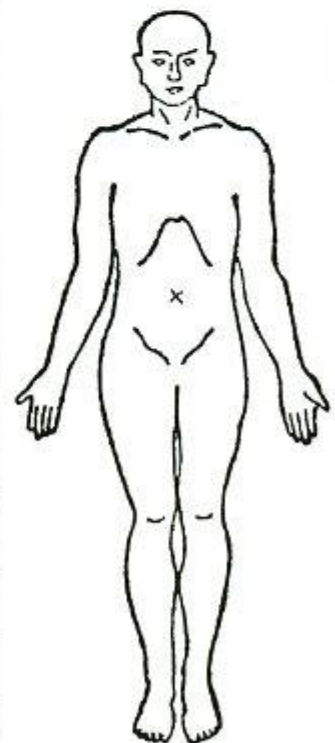
単純 造影検査 単純&造影検査

AM/PM 時 分 緊急

特殊検査(管腔描出 3-D etc.)

チェック	検 査 部 位	チェック	検 査 部 位	チェック	検 査 部 位
	胸部 (肺野・縦隔)		肝・胆・膵 (上腹部)		骨折
	頸部		脾		頸椎・頸髄 ~
	頭部		腎臓~尿路		胸椎・胸髄 ~
	後頭蓋窩		骨盤腔 (下腹部)		腰椎・腰髄 ~
	眼窩		子宮・卵巣		股関節
	副鼻腔		膀胱前立腺		上肢: 肩 (R・L) ・他
	側頭骨 (聴器・他)		他 ( )		下肢: 大腿・膝・下腿

病歴 (主症状・検査所見) 検査目的



撮像条件	KV	mA	sec	
PITCH(テーブル移動距離)	ノーマル ボリューム	1.5 2.0 3.0 5.0 7.0 10.0 15.0 20.0 ( ) mm		
SCAN(1スライス厚)		2.0 3.0 5.0 7.0 10.0 ( ) mm		

使用造影剤	デジタル保存	回	
①	部位	1. 2. 3.	
②	コピー-DVD	有 ・ 無	

# 造影剤の必要性と副作用についての説明と同意書

医療法人 公仁会 前澤病院

病気の診断や治療方針決定のために、CT・胆道造影・尿路造影などの検査で造影剤が必要になることがあります。このとき、まれに造影剤が体に合わなくて副作用が出る場合があります。副作用の発生を事前に予測することは困難であり、使用に際しては細心の注意が必要です。当院では安心して造影剤を用いた検査を受けていただくために、説明と問診を行い、ご理解と同意を得たうえで造影検査を行っています。

副作用が発生した場合の薬品などの準備は常になされていますが、疑問な点などは質問され、十分に納得されてから検査をお受けください。

## 「造影剤が必要な理由」

造影剤はCTなどの画像検査の際に画像にコントラストをつけて、より詳細な検査結果や情報を得るための検査薬です。通常は腕（足）などの静脈に注射をします。投与された造影剤は血管を介して目的臓器に達し、臓器での血流の状態、病変での造影剤の分布などを表します。その結果、造影剤を使用しない検査よりも、診断上重要な情報が得られ、治療方針の決定に非常に役立ちます。造影剤は通常6時間程度で腎臓から尿として体外に排出されます。

## 「造影剤による副作用」

使用する造影剤の種類によって多少異なりますが主に以下のような副作用があげられます。

程 度	症 状	頻 度
軽 度	熱感	10人に1～2人
中等度	吐気・蕁麻疹・嘔吐など	100人に2～3人
重 篤	血圧低下・ショックなど	1万人に3～4人
死 亡		数十万人に1人
遅発性副作用	検査後1時間から数日後に発症 頭痛・悪心・蕁麻疹など	1000人に1～2人

## 「注射手技による副作用」

血管が細いために注射が入りにくく、何回も針を刺さなければならない場合があります。また、まれに血管外に造影剤が漏出する場合がありますが、ほとんどの場合は時間とともに吸収されます。特別な処置が必要になることはごくまれです。

## 「慎重投与が必要な場合」

次の問診票項目にあるように、過去に副作用があった場合や甲状腺疾患・喘息・腎障害などがある場合、副作用の発現率は増加します。このような場合でも、造影剤使用によって得られる利益が、造影剤使用の副作用による危険性を上回ると考えられる場合は、造影剤の必要性を十分ご理解いただいたうえで、慎重な投与をし検査を行う場合もございます。

「造影剤を使用する検査を受けられる方への問診票」

過去に造影剤や他の薬剤（内服・注射・点滴など）で発疹・蕁麻疹・吐気・嘔吐・めまい・呼吸困難・頭痛などの症状が現れたことがある。	はい	いいえ
アレルギーが出やすい。または家族にアレルギーの出やすい方がいる。	はい	いいえ
気管支喘息といわれたことがある。	はい	いいえ
心臓の病気があるといわれたことがある。	はい	いいえ
腎臓の病気があるといわれたことがある。	はい	いいえ
甲状腺の病気があるといわれたことがある。	はい	いいえ
肝臓の病気があるといわれたことがある。	はい	いいえ
てんかん・けいれんをおこしたことがある。	はい	いいえ
妊娠している。またはその可能性がある。授乳中である。	はい	いいえ
現在、他の病気で治療中である。	はい	いいえ



造影剤使用 { 可 ・ 不可 } と判定します。

担当医師名 :

検査予定日 平成 年 月 日

検査内容 CT・胆道造影・尿路造影・血管造影・その他( )

〔造影剤使用についての同意書〕

上記の問診項目に誤りなく、造影剤を使用する検査に関して説明を受け、必要性と副作用について理解しましたので、造影剤の使用に同意します。

平成 年 月 日

患者氏名: \_\_\_\_\_

代理人氏名: \_\_\_\_\_  
(患者との関係 : )

\*患者氏名の署名があるときは代理人の署名は不要です。

前澤病院院長 様

(検査後は水分を多めに摂取してください。食事も普通に摂られて結構です。)