

# 診療情報提供書 兼 CT 検査依頼書

紹介先医療機関等名

令和 年 月 日

医療法人創起会 くまもと森都総合病院

放射線科 幸 秀明 先生御机下

依頼医療機関情報・紹介医師名

患者情報				
ふりがな		住所	〒	
氏名				
性別/年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / 才	電話		
生年月日	西暦 年 月 日生	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

傷病名	
紹介目的	CT 検査の依頼(検査部位: _____ )
症状経過 検査結果 治療経過 既往歴 処方 など	
患者様へ放射線診療を行うリスク・ベネフィットを考慮した検査の必要性について説明した上で <input type="checkbox"/> 同意を得ている ・ <input type="checkbox"/> 同意を得ていない	

予約日時	年 月 日 時 分
来院時間	総合受付 2 番で _____ 時 _____ 分(予約時間の 45 分前)迄に受付し、 画像センター50 番にお越しください。
確認事項	検査予約日 2 週間以内までのバリウム検査歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	ICD(植え込み型除細動器) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	造影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(下の確認事項もご記入ください)
	クレアチニン値( )mg/dl eGFR( )ml/分/1.73m <sup>2</sup> *直近 3 ヶ月を目処に腎機能のチェックをお願いします。 ヨード造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 喘息の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

医療法人創起会 くまもと森都総合病院

予約受付(TEL):364-9792 FAX:362-7823 熊本市中央区大江3-2-65

※前日までに同依頼書の FAX 送信をお願いします。

# CT 検査を受けられる方へ

## 1. 検査時間

☆検査は全て予約制です。日時を間違えないようにしてください。

検査予定 45 分前までに、総合受付 2 番で受付し、画像診断センター50 番までお越しください。

予約時間に遅れますと、当日に検査ができなくなることもあります。

やむをえず検査に遅れたり、来院できない場合は必ず連絡をお願いします。

検査の都合で開始時間が多少前後する場合がありますので、予めご了承ください。

☆造影検査を行う場合は 3 ヶ月以内の eGFR もしくは血清 Cr の値が必要になります。

腎機能が低下(eGFR<30ml/分/1.73m<sup>2</sup>)している方の造影剤を用いた検査は原則行いません。

## 2. 検査前

☆検査内容により、前処置が異なりますのでご注意ください。

単純 CT 検査には前処置はありません。

◎造影 CT 検査部位が(胃、胆のう、膵臓)の方

午前中の検査であれば朝食抜き、午後の検査であれば昼食を抜いてきてください。

◎上記以外の造影 CT の方

少なくとも検査の 3 時間前からお食事は控えてください。

水分摂取に関しては、制限はありませんが牛乳や乳製品は控えてください。

水分は普段より多く摂取してください。副作用を予防する効果があります。

通常飲まれる常用薬は飲まれてかまいません。(ビグアイド剤に関しては次のページを参照ください。)

衣類の金属類などは検査の障害となります。着替えやすい服装で、ご来院ください。

※検査の内容により異なりますので、詳しくは検査担当者におたずねください。

妊娠中、妊娠の可能性のある方は必ず申し出てください。

## 3. 検査中

撮影中は装置の中に入りますが、常に撮影担当者が安全を確認しながら検査を進めます。

息止めが必要な場合は、合図をしますので撮影担当者の指示に従ってください。

検査時間は、単純 CT 検査は約 10 分、造影 CT 検査は約 20 分です。

気分がすぐれない場合は、すぐにお知らせください。

## 4. 検査後

食事等、特に注意していただくことはありません。

造影剤は尿と一緒に排泄されるので水分(お茶、ジュース、水等)をいつもより多くとるようにしてください。

水分制限などの指導を受けている方は主治医にご相談ください。CT 終了後、他の検査(胃カメラ、超音波など)のある方は、主治医、もしくは看護師等の指示に従ってください。

# 検査で使用する造影剤についてのご説明

## ① 造影剤の使用について

造影剤を使用する検査では、造影剤を静脈に注射することで鮮明な画像が得られ、病気の性質や範囲などより正確に評価することができます。ただし、造影剤を使用しなくてもよい場合がありますので、造影する部位や病気の種類によって、使用するか否かを検査時に検討させていただきます。

## ② 造影剤の副作用・合併症について

ほとんどの方で造影剤(CT用)が入ると熱く感じる事がありますが、特に心配ありません。

稀に患者様の体調やアレルギーの有無によって、吐き気やじんましん、かゆみ、のどの違和感などの症状が出てくる場合があります。

### 副作用出現の頻度

・軽度の副作用(頭痛、嘔気、紅潮、発疹など); 1%未満

・重度の副作用(ショック・アナフィラキシー、痙攣発作、腎不全、意識障害など); 頻度不明

副作用は、造影剤を使用した直後から症状が出る場合が大半ですが、1時間～1週間ほど経過してから症状が出てくる場合もあります(遅発性副作用)。異常が出たときは、速やかに担当医もしくはくまもと森都総合病院へご連絡ください。

また、造影剤を注入する際に造影剤が血管の外に漏れるおそれもあります。注射の際は細心の注意を払っておりますが、そのような症状が出た場合には診察や治療等、迅速かつ最善の処置をさせていただきます。検査中に気分不良や違和感などありましたら遠慮せず撮影担当者に申し出てください。

## ③ ヨード系造影剤使用前後のビグアナイド剤(糖尿病薬)服用について

糖尿病の薬(メトグルコ・メタクト・メトホルミン・ジベトス・ジベトン S・グリコラン・メルビン・ネルビス・メデット・メトリオン・メアナ・イニシンク・エクメット)を飲んでいる方は、検査当日は内服を中止してください。また、腎機能が低下している方(eGFR<60.0)は、検査終了後2日間は内服を中止してください。

## ④ 授乳中の方へ

授乳について、日本の添付文書ではヨード造影剤投与後は一時的に授乳を控えるように勧められています。ただし、米国放射線学会(ACR)、欧州泌尿生殖器放射線学会(ESUR)、日本医学放射線学会(JRS)によると、造影剤は母乳を介して乳児の腸管から吸収される量はごく微量であることから、特段の理由のない限り、造影剤使用後の授乳制限は必要ないとされています。

### 《お願い》

この説明書は、ご本人様の控えとなります。

なお、検査当日に体調が悪い方は担当者へお申し出下さい。