

冠動脈 CT 検査における問診と同意書 — 医師による問診 —

患者氏名： _____ (患者 ID： _____)

検査予定日： _____

1	気管支喘息(現在治療中もしくは1年以内に発作の既往)がありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
2	今までにヨード造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ (CT、腎臓・尿路造影、胆のう造影、血管造影) その他 ()	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
3	受けたことがある場合、帰宅後も含め何か異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> じんましん、 <input type="checkbox"/> 吐き気、 <input type="checkbox"/> かゆみ、 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
4	腎臓機能の低下 (eGFR 値が 45 ml/min/1.73m ² 未満) はありますか？ * eGFR 値が 30 ml/min/1.73m ² 未満の場合 単純 CT などの代替検査を考慮する必要があります。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
5	現在ビグアイド系糖尿病薬は内服されていますか？ (メトグルコ、グリコラン、ジベトス、ネルビス、メタクト、 メトホルミン、メトリオン等) を服用していますか？ ありの場合、検査後2日間の休薬が必要です。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
6	重症の甲状腺機能亢進症がありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

該当する項目に必要な指示や措置を講じた上で造影検査を依頼し、実施することを承認しました。

問診の日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日 依頼施設

医師名

— 同意書 —

滋賀県立総合病院長 宛

私は、上記担当医師から造影 CT 検査について十分な説明を受けて理解しましたので検査の実施に同意いたします。

署名した日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 (または代諾者) 氏名 (自署)： _____ (続柄 _____)

※オーダー医師の方へ

患者/代諾者の署名が得られない場合は以下に記載し、カルテにもその理由を記載すること

患者または代諾者 (氏名 _____) の同意を得ました (医師署名 _____)

造影剤の使用についてどういいただけない場合は、事前に診察室、もしくは担当医師へご相談ください。

(患者控え)

冠動脈 CT 検査における問診と同意書 — 医師による問診 —

患者氏名： _____ (患者 ID： _____)

検査予定日： _____

1	気管支喘息(現在治療中もしくは1年以内に発作の既往)がありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
2	今までにヨード造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ (CT、腎臓・尿路造影、胆のう造影、血管造影) その他 ()	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
3	受けたことがある場合、帰宅後も含め何か異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> じんましん、 <input type="checkbox"/> 吐き気、 <input type="checkbox"/> かゆみ、 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
4	腎臓機能の低下 (eGFR 値が 45 ml/min/1.73m ² 未満) がありますか？ * eGFR 値が 30 ml/min/1.73m ² 未満の場合 単純 CT などの代替検査を考慮する必要があります。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
5	現在ビグアナイド系糖尿病薬は内服されていますか？ (メトグルコ、グリコラン、ジベトス、ネルビス、メタクト、 メトホルミン、メトリオン等) を服用していますか？ ありの場合、検査後 2 日間の休薬が必要です。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
6	重症の甲状腺機能亢進症がありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

該当する項目に必要な指示や措置を講じた上で造影検査を依頼し、実施することを承認しました。

問診の日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日 **依頼施設**

医師名

— 同意書 —

滋賀県立総合病院長 宛

私は、上記担当医師から造影 CT 検査について十分な説明を受けて理解しましたので
検査の実施に同意いたします。

署名した日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 (または代諾者) 氏名 (自署)： _____ (続柄 _____)

※オーダー医師の方へ

患者/代諾者の署名が得られない場合は以下に記載し、カルテにもその理由を記載すること

患者または代諾者 (氏名 _____) の同意を得ました (医師署名 _____)

造影剤の使用についてご納得いただけない場合は、事前に診察室、もしくは担当医師へご相談ください。



造影 CT 検査説明書



この説明書は、CT 検査で造影剤を使う場合のリスクについて説明したものです。

1. 造影剤を使用した CT 検査について

CT 検査は X 線を用いた画像診断検査であり、体の中を詳しく調べることができます。さらにヨードの入った造影剤を用いることで、病気の有無や状態（場所や大きさ）がはっきりすることが多く、より正確な診断が可能となります。今回の検査では、造影剤の使用を予定しています。なお、放射線部の専門の医師が造影の必要性を最終判断して、使用しない場合もあります。

2. 造影剤のリスクについて

1)急性副反応、2)遅発性副反応、3)腎臓への影響、4)造影剤を注入する際に血管外に漏れること、などの副作用が生じるおそれがあります。

ご自身の安全を守るためにも、異常に気付いたら、すぐにお知らせください。

救急科と連携して対応し、必要があれば治療し、保険診療で対応します。

1) 急性副反応

投与してから1時間以内に現れる症状で、具体的には、軽度の副反応（じんましんなどの発疹、かゆみ、吐き気、頭痛、嘔吐、悪寒、ほてり、不安など）や重い副反応（急性低血圧、呼吸停止、心停止）があります。最初は、軽度の副反応から始まり、重い副反応に移行することがあります。これらの症状は、アレルギーによるものと、そうでないものがあります。軽度の副反応は 30 人に 1 人くらい（3%）、重い副反応は 5000 人に 1 人くらい（0.02%）に起こります。25 万～40 万人中 1 人(0.00025~0.0004%)に死亡例が報告されています。ほとんどの場合は投与開始から 5 分以内に症状が現れ、検査室内で症状がでますが、まれに 5 分以降 1 時間後頃までに命に関わるような症状がでることもあり、検査室を出てから起きることがあります。

終了後少なくとも 30 分間程度は、安全のために、病院の中で過ごしてください。

以前に急性副反応を起こした方や治療を必要とするぜんそくやアトピー（アレルギー体質）のある方には症状が出やすいと言われています。

2) 遅発性副反応

造影剤投与から 1 時間～1 週間の間にかゆみを伴う発疹がでることがあります。症状は通常は軽度で自然に治りますが、治療が必要なこともあります。より遅発性の副反応として、造影剤のヨードによって甲状腺中毒症（血中の甲状腺ホルモンの働きが過剰になる状態で、手の震えやイライラ、下痢などが起こる）に至ることがあります。

3) 造影剤の腎臓への影響

造影剤のほとんどは腎臓から尿に排泄されます。水分摂取の制限がない方は検査後、水分を多めにお取りください。

腎臓の機能が低下している場合には、造影剤が腎臓に負担を与え、長期的に影響を及ぼす可能性がありますので、腎機能を確認します。検査結果によって、造影剤を減量、あるいは造影剤投与前後に水分補給（飲水・点滴など）を行うことがあります。造影剤の使用を取りやめることもあります。

4) 造影剤の注入時に起こりうること

① 身体が熱くなる

造影剤を注入した直後に、のどの奥や手足、下腹部などが熱くなった感じがします。これはヨード剤が血管に作用しているために出る反応で、すぐに治まります。

② 造影剤が血管外に漏れる

造影剤は、効果を高めるために高速注入装置を用いて急速に注入します。血管の壁に圧力がかかるため、血管が破れて造影剤が漏れることがあります。漏れた量が少なければ、自然に吸収されますので処置は不要です。しかし、大量に漏れた場合には、神経などを障害することがありますので、皮膚を切開するなどの処置を行うことがあります。

3. 慎重な使用が必要な場合について

糖尿病薬を飲んでいる方、甲状腺疾患のある方および妊娠・授乳中の方は、造影剤の必要性和リスクを十分検討した上で使用する必要があります。

1) 糖尿病でビグアイド系の薬を服用している方

ビグアイド系の薬（メトグルコ、グリコラン、ジベトス、ネルビス、メタクト、メトホルミン、メトリオンなど）を服用している方の場合、造影剤で一時的に腎臓に負担がかかることで、薬の排泄が遅くなるために副作用が出る可能性があります。このため、造影検査後2日間、薬の服用を中止してください。

2) 甲状腺機能亢進症のある方

甲状腺機能亢進症の方の場合、造影剤によって甲状腺中毒症など代謝機能障害を引き起こすおそれがあります。甲状腺機能亢進症などでヨード制限のある方はお申し出下さい。

3) 妊娠・授乳中の方

妊娠している可能性がある方、授乳中の方は、お申し出ください。

4. 冠動脈 CT 撮影について

冠動脈 CT は造影剤を静脈内に点滴しながら、心電図に同期させて心臓を栄養する冠動脈を撮影する検査です。

当院では 320 列 CT を導入しており被ばく量の低減や造影剤量の低減が可能です。精度の高い画像を安定的に作成できます。検査時間は通常 30 分～40 分程度要します。

冠動脈 CT 当日の流れ

- 1) 検査の 2 時間前にセロケン 20mg（脈をおちつける薬）を 2 錠内服します（予約を行った日に処方箋を発行します。薬局でセロケンを受け取り検査の 2 時間前に服用してください）。
- 2) CT 室に入室後、使用する造影剤量を決定するため、体重を測定します。
- 3) 検査台上に仰向けに寝ていただき、血圧を測定の後、心電図モニターを体に貼り付けます。
- 4) 点滴ルートを確認し、冠動脈拡張剤（ニトロペン）を 1 錠舌下します。
- 5) 呼吸停止練習を施行し脈拍数の変動が少ないことを観察します。この時点で脈拍が速い場合は、適宜注射薬にて脈拍の調整を行います。
- 6) 両腕を頭部の方向に伸ばした状態で、約 10 秒間の呼吸停止下練習を行います。
- 7) 撮影条件を決定するために呼吸停止を複数回行った後に、点滴ルートから造影剤を注入し冠動脈の撮影を行います。‘楽にしてください’との指示があるまで、呼吸停止を頑張ってください。鼻から息を少しもはきださないようにし、お腹もしっかり静止してください。
- 8) 撮影終了後、血圧を測定し、抜針します。
- 9) 以上で検査が終了します。
終了後は水分をしっかり摂取してください。

冠動脈の石灰化が強いと、ステント植え込み部位などでは診断が困難なことがあります。冠動脈 CT で評価が困難な場合や異常が疑われる場合には、心臓カテーテル検査による診断をおすすめします。

5. 造影 CT 検査後の注意点について

以下の検査後のお願いと注意をご確認ください。

1) 注射をした部位について

- ★注射した部位は 3～5 分間しっかり押さえてください。
- ★止血テープは血が止まったことが確認できたら、早めに外してください。

2) 造影剤の排泄について

- ★体に入った造影剤は、投与後 24 時間程度でほぼ全量が尿に排泄されます。特に水分制限のない方は、造影剤を体から早く出すために、水分を多めにお取りください。
- ★水分制限のある方は、担当医師にご相談ください。

3) 検査後の食事・内服について

- ★検査後は、普段通りにお食事をしてください。
- ★常用しているお薬は普段通りに服用してください。（ビグアイド系糖尿病薬を除く）

4) 造影剤の副作用について

- ★検査終了後、1 時間以内に下記の症状があれば、すぐに院内の医療者に造影検査を受け、症状が出ていることを伝え、この用紙を見せてください。

息苦しさ ひどい咳 発疹・じんましん など

- ★1 時間後から数日後に極めてまれに、発疹など造影剤の副作用が出ることがあります。

- ・もし発疹などが生じた場合は、慌てずに様子を観察してください。
- ・症状が改善せず、ひどくなるようでしたら、下記までご連絡ください。
- ・その際、CT の造影検査を受けたこと、症状を伝えてください。
- ・今後、造影検査を受けられる際、担当医師に『CT 造影剤で副作用が出た』ことをお伝えください。

【緊急時・急変時の連絡先】

滋賀県立総合病院 TEL 077-582-5031（代表）

冠動脈 CT チェックリスト

患者名

チェック日

依頼医療機関・医師名

脈拍数 毎分

血圧 mmHg

血清クレアチニン mg/dl

可能なら e-GFR mL/min/1.73 m²

造影剤アレルギー既往 (なし ・ あり)

気管支喘息の既往 (なし ・ あり)

腎機能検査結果の添付を
お願いします
※3ヶ月以内のもの

* 診断名・治療経過・投与薬剤等を記入した診療情報提供書も患者様にお渡しください。