

造影 CT 検査の問診・承諾書

問診票

検査当日に本紙をご記入の上、紹介状と併せて、受付へご提出ください。

1、 今まで造影剤（注射/点滴）を用いた検査をうけたことがありますか？

☐ なし ☐ あり

↓（ありと答えた方）

○どの検査で行いましたか？

☐ CT 検査 ☐ MR 検査 ☐ その他（ ）

2、（1 でありと答えた方）検査時に副作用はありましたか？（なし以外の項目に該当する方は造影検査を行うことはできません）

☐ なし ☐ あり

↓（ありと答えた方）

○副作用はどのようなものでしたか？

☐ 発疹 ☐ かゆみ ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐 ☐ 頭痛 ☐ その他（ ）

3、アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

☐ なし ☐ あり

↓（ありと答えた方）

○どのようなアレルギーをお持ちですか？

☐ じんましん ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ アレルギー性鼻炎
☐ 食物・薬物アレルギー（食物・薬剤名： ） ☐ その他（ ）

4、下記に該当する疾患はありますか？（なし以外の項目に該当する方は造影検査を行うことはできません）

☐ なし ☐ 甲状腺疾患 ☐ 重篤な心疾患 ☐ 腎障害（腎機能低下を含む） ☐ 肝障害
☐ 多発性骨髄腫 ☐ 喘息（ぜんそく） ☐ マクログロブリン血症 ☐ 糖尿病

5、（女性の方のみ）現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

☐ なし ☐ あり ☐ わからない

★上述の問診票のうち、2 と 4 にて“なし”の項目以外に当てはまる方は、造影剤の副作用の発生率が高くなります。

★そのため、他院からご紹介の該当患者様には造影 CT 検査をお断りさせていただきますのでご了承ください。

※ご紹介機関とのご連絡がとれない場合は患者様とご相談の上、造影剤を使用しない単純 CT 検査のみを撮影することがあります。

造影 CT 検査承諾書

<<<患者様>>>

◆私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。

（同意されても、いつでも検査の中止を申し出ることができます。）

承諾日： 年 月 日

患者または代理人・親権者（続柄 ） （署名） 体重 kg

<<<医師>>>

◆上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書にて同意されたことを確認いたしました。

確認日： 年 月 日

（医師署名）



医療法人 藏春堂
小西病院
KONISHI HOSPITAL

〒561-0802
大阪府豊中市曽根東町2-9-14
TEL.06-6862-1701

造影剤の検査を受けられる患者様へ

CT 検査は X 線を使用して身体の断面を撮像し、診断に必要な情報を得るために行う検査です。造影剤を使用することで、使用しない場合に比べてより鮮明に病変を映し出すことが可能となります。



造影剤投与ができない患者様

以下に該当する患者様は造影剤を使用して検査できませんので、すぐに主治医に申し出てください。

- ・ヨード又はヨード造影剤に過敏症の既往歴のある方
- ・肝障害
- ・気管支喘息
- ・多発性骨髄腫
- ・甲状腺疾患
- ・マクログロブリン血症
- ・重篤な心疾患
- ・糖尿病
- ・腎障害（腎機能低下を含む）

検査方法

- 1、主に腕の静脈に注射し、造影剤を投与します。
- 2、造影剤が全身に巡るタイミングに合わせて、1 回～数回撮影を行います。
- 3、特に問題なければ、検査終了です。



<造影剤投与中の注意事項（検査前に改めて口頭でご説明します）>

- ・造影剤投与直後、全身がぼかぼかと温かくなります。しっかりと造影剤が入った証拠で、正常な反応です。
- ・「針先に強い痛みがでた」場合や「吐き気・目がちかちかするなどの違和感がある」場合はすぐに近くの看護師、技師にお知らせください。

副作用

副作用は造影剤投与して直後～数分以内に出現することがほとんどですが、まれに数日後に発生することがあります。その場合は紹介元のクリニックや小西病院にご連絡ください。受診していただく場合がございます。

<副作用頻度：約 3%>

軽微：かゆみ、発疹（ぶつぶつ）、発赤、じんましん、悪心（吐き気）、嘔吐（約 3%）

重篤：意識消失、血圧低下、呼吸困難など（0.004～0.04%）

死亡頻度：ほとんどありません（0.0006%）

遅発性副作用：じんましん、かゆみ、むくみ、吐き気、頭痛など（約 0.6～8%）



検査終了後の対応

普段通りの生活で結構です。ただし、造影剤を早く身体から出すために、通常より 1～2 杯以上多めに水分（水、お茶）を摂取してください。上記、副作用が出現した方は、必ず主治医にご報告ください。