



CT 造影検査 を受けられる方へ

名前：	様	予約時間	年	月	日
		<午前・午後>		：	
当日は、					
<午前・午後>		：		までに 放射線科受付 へお越しください	
◇◆◇ 検査予約票・CT説明用紙&同意書・造影剤確認票 をお出しください					

検査の目的

造影剤を注射し、身体を輪切りにした状態の断層撮影を行い病変の有無を調べます。

所要時間

10分～20分

検査場所

放射線科

食事について

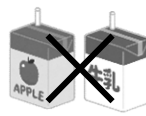
午前検査
(12:30までの検査)

前日の 21 時から検査が終わるまで食べることができません

水分について



水やお茶は検査前でも飲めます



ジュースや牛乳(脂肪分を含む飲料)は飲まないでください

お薬について

- 検査当日、**糖尿病薬以外**のお薬は飲んでください。ただし、医師の指示で止めている薬は飲めません。
- 検査のため中止しているお薬と、その中止期間につきましては別紙の造影剤確認票をご覧ください。
- 検査日までに新たに処方となった、または再開になった**糖尿薬**がある場合には患者支援センター までご連絡ください。

注意事項

- 当日お薬手帳を忘れずに持参して下さい。
- 検査前準備として、腕に血管確保をします。
- 撮影する場所に金属のついた洋服(ファスナーなど)やワイヤー入りの下着は影響が出ますので避けて下さい。
- 造影剤注入直後に身体が熱くなることもあります。吐き気や頭痛、発疹、息苦しさ、かゆみが出る等の症状があれば、すぐに看護師へお知らせください。また帰宅後でも症状が出た場合には病院へご連絡ください。
- 検査後、造影剤はほとんどが尿から排出されますので、水分を普段よりも多めにとって下さい。

検査について不明な点や、検査後に体調の変化等ございましたら遠慮なく右記までお尋ねください。

留萌市立病院 患者支援センター

電話：0164-49-1011(内線1030)

＊ 開始時間が状況により前後することもありますのでご了承下さい。

＊ 予約時間に来院できない場合はご連絡ください。

造影剤を安全に使用するために（CT・MRI共用）

造影剤とは、画像診断検査に用いられる薬剤のことです。

造影剤を使用することにより、病変の存在や性状等がより詳しく描出されます。

画像診断には欠かすことのできない造影剤ですが、副作用を起こすことがあるため、注意が必要です。

副作用

検査中から検査後数日まで、まれに副作用があります。

検査中	CT・血管造影等 (ヨード系)	MRI (ガドリニウム系)	症状等
軽症	100人～200人に1人	ヨードの 10分の1	吐気・嘔吐・頭痛・めまい・じんましん・発疹・咳など
重症	1万人～2万人に1人		ショックやアナフィラキシー様症状(呼吸困難・血圧低下)
死亡	40万人に1人		世界的統計です
検査後	じんましん等の皮膚症状・吐気・頭痛など		

造影剤の排泄

24時間でほぼ全量尿中に排泄されます。水分を多く取ると尿量が増え、排泄が早まり副作用の予防となりますので、検査後水分制限をされていない場合、十分に水分を取るよう心掛けてください。(目安:約500ml)

注意事項

以下の方は、副作用発生の確率が高い報告があります。
検査依頼医師にご相談ください。

- 患者様本人、または血縁者にぜんそくやアレルギー体質の人がいる。
- 以前、造影剤を使用した際に副作用(吐気など)があった。
- 次に挙げる病気がある(ヨード系造影剤の場合)
甲状腺疾患 ・ 急性膵炎 ・ マクログロブリン血症 ・ 多発性骨髄腫 ・ テタニー
- 糖尿病薬(ビグアナイド系)を服用している方は、検査依頼医師にご相談ください。(ヨード系造影剤の場合)
(乳酸アシドーシスの恐れがあります)
- β ブロッカーを使用している方は、検査依頼医師にご相談ください。

<検査依頼施設記入>

患者氏名：

さんに対し、上記について説明を行いました。

医療機関名：

検査依頼医師：

<患者記入>

造影剤検査の目的や内容についての説明等を受け、納得しましたので、造影剤の使用に同意します。
また、検査中予期しない緊急状況が発生した場合には受託先医師が必要とした処置を行うことにも同意します。

患者氏名

(代諾者・続柄)

年 月 日

検査について不明な点や、検査後に体調の変化等ございましたら
遠慮なく左記までお尋ねください。

留萌市立病院 患者支援センター

電話：0164-49-1011(内線1030)



造影剤確認票（検査時持参して下さい）

造影剤確認票（造影時毎回必要）

生年月日：	年 月 日	体重（必須情報） kg
留萌市立ID：		
名前：	様	
★ 特記事項		

検査日	年 月 日
問診確認日	年 月 日
問診確認者	

造影剤副作用などの確認

- 造影剤で具合が悪くなったことがある はい・いいえ / 初めて いつ（ ）
どこで（ ）
症状は（ ）
- アレルギー性の持病がある はい・いいえ ☐ ぜんそく ☐ アトピー ☐ じんましん
☐ その他（ ）
- 右に該当する持病がある はい・いいえ ☐ 急性膵炎 ☐ 褐色腎細胞 ☐ テタニー
☐ 多発性骨髄腫 ☐ 甲状腺疾患
☐ ヨード造影剤過敏症 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病
☐ 心臓病 ☐ マクログロブリン血症
- 妊娠中、妊娠の可能性、または授乳中 はい・いいえ
- 糖尿病薬を飲んでいる はい・いいえ ↓ 該当する薬に✓を入れてください ↓

ビグアナイド系 糖尿病薬一覧 (ここにチェックあれば 矢印の欄も記入)	☐ メトグルコ錠 ☐ メトホルミン塩酸塩錠 ☐ ジベトス錠
	☐ グリコラン錠 ☐ エクメット配合錠 ☐ ブホルミン塩酸塩
	☐ メタクト配合錠 ☐ メトアナ配合錠 ☐ イニシンク配合錠
その他	(. .)

- この問診票を記入したひと ☐ 本人 ☐ 看護師 ☐ その他（ ）
- 検査同意書へのサイン ☐ しました ☐ していません

ヨード系造影剤使用時(造影CT検査)においては、腎機能を考慮した上で、ビグアナイド系糖尿病薬の休薬を検討してください。(ガイドラインでは、検査前後2日間計5日の休薬が望ましいとされています)

BG系糖尿病薬の【休薬有無】と【休薬期間】		その他の薬の休薬	検査依頼医師サイン
☐ 休薬必要 ☐ 休薬不要	月 日 から 月 日 まで休薬	☐ 検査日の朝休薬 ☐ 休薬必要無し	

検査前 連絡事項 記載

検査中 連絡事項 記載

検査後 連絡事項 記載

市立病院記入欄 → → →	☐ 抜針しないで ☐ 送り無し	☐ 特記無し
------------------------	---	-------------------------------