

●副作用発生時の対応について

軽い副作用は、経過観察のみで改善しますが、症状の程度により治療が必要となる場合があります。副作用が発生した場合は、最善の処置を行います。その際の治療は、通常の保険診療となります。なお、何か変化がありましたら、我慢せず必ず検査担当者などにお知らせ下さい。

●相互作用によりヨード造影剤との併用に注意が必要な薬剤

ビグアナイド系糖尿病薬剤（メトホルミン、メトグルコなど）を飲まれている方は、ヨード造影剤との併用により乳酸アシドーシスという病状をきたす恐れがあり、注意が必要です。このため、検査時には休薬などの対応が必要となります。休薬期間などは、検査予約時などにお伝えします。

また、その他注意薬剤等がある場合には、事前にお伝えします。特に指示がない場合には、普段どおりに薬をお飲み下さい。

●検査同意書の署名について

当院では、ヨード造影剤使用検査の必要性和造影剤の副作用・合併症について説明し、同意された場合には、検査同意書への署名をお願いしています。

●検査同意書の有効期間および同意の撤回について

ヨード造影剤使用検査の同意書は、今回の検査のみ有効とさせていただきます。なお、同意書はいったん提出した後でも、いつでも口頭で同意を撤回することができます。検査に同意しない場合でも何ら不利益な取り扱いはいたしません。

説明年月日 : _____ 医療機関名 : _____ 説明医師 : _____

●ヨード造影剤使用検査の同意書●

私は、ヨード造影剤使用検査の必要性和造影剤の副作用・合併症について、医師から説明を受け十分に理解しましたので下記のように回答します。

ヨード造影剤使用検査を受けることに同意します。また、副作用・合併症がおきた場合には、それに対する治療を受けることにも同意します。

いったん同意書を提出した後でも、いつでも口頭で同意を撤回することができます。検査に同意しない場合でも何ら不利益な取り扱いはいたしません。

同意年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意者（本人） : _____

代諾者 氏名 : _____ 続柄（ _____ ）

※患者さんご本人が、何らかの理由で署名ができない場合は、代諾者が自筆署名し、続柄を記入して下さい。

患者 ID : (当院記入)
患者氏名 :
性別 : M・F
生年月日 : 年 月 日

地域連携用
造影 CT 検査（造影剤使用あり）
を受けられる方へ

検査日時
 _____年 月 日 時 分

※検査日時の 20 分前までに放射線科受付にお越しください。
 なお、緊急検査の対応のため、検査開始が予定時間より遅れることがあります。ご了承下さい。

● 検査時間について：検査時間は、15 分から 30 分程度です。

食事・水分制限なし

検査当日の食事摂取不可の方

検査予約時刻の 4 時間前（ _____ 時 分）以降は **食事をとらない**で下さい。

ただし、水・お湯・お茶などの水分制限はありません。脱水予防のため、水分は検査直前まで十分に摂取して下さい。

※牛乳、ジュースは正しい診断結果が得られなくなる可能性があるため飲まないで下さい。

※なお、水分制限のある方は、制限の範囲内で摂取して下さい。

● 普段飲んでいる薬の服用について

普段飲んでいる薬は、指示がなければいつもどおりに服用して下さい。

ただし、造影剤との相互作用によりビグアイド系糖尿病薬（血糖降下剤）を服用している方は、制限があります。医師の指示または、下記のとおり休薬してください。なお、緊急検査の場合、制限なしで検査を実施する場合があります。

★ビグアイド系糖尿病薬（血糖降下剤）を服用している方は、予約検査の場合、検査日の 2 日前から検査後 2 日間（計 5 日間）の休薬が必要です。

休薬なし

休薬あり

休薬期間： 月 日 ~ 月 日まで

● その他

- 検査の部位により、身に着けているもの（ネックレス、ピアス、入れ歯、ブラジャーなど）で金属製のものは外し、検査着に着替えていただくことがあります。当日、検査前に説明します。
- 検査台に寝てから撮影を行います。検査部位により、固定用具の使用、両手を頭の上まで上げる、撮影中に息を止めるなどお願いをすることがあります。
- ペースメーカーや不整脈デバイス（ICD 等）の埋め込みをされている方は、依頼医師にお知らせ下さい。デバイスの種類によっては、撮影方法等変更が必要となります