

検査日： 月 日

患者様氏名： 患者様 ID： 年齢： 性別：

・検査の方法

この検査は、造影剤を血管内に注射して CT 撮影を行い、心臓や血管の形を調べる検査です。

検査では通常、腕の静脈から造影剤を注入します。室内アナウンスに従い、必要に応じて息止めをして頂きます。

検査開始から終わるまでの時間は 20 分から 30 分程度です。

なお、造影剤が血管に入る際に体が熱くなることがありますが、一過性のものであり心配ありません。

また、良い画像を得るために、以下の薬剤を投与します。

① 心拍数を一定まで低下させる必要があるため、そのための内服や注射を投与する場合があります。

② 血管を拡げて撮影する必要があるため、血管拡張剤を舌の裏にスプレーで投与します。

・危険性/合併症/副作用

造影剤やその他使用する薬剤により、まれにですが、発疹・発赤・鼻閉感・かゆみ・吐き気・嘔吐・呼吸困難感・血圧低下など、アレルギー性の副作用を引き起こすことがあります（重い副作用で 1/2500 程度）。また、腎機能が悪い方は、造影剤による腎機能悪化をきたすこともあります。なお、副作用が出現した際には迅速に適切な処置を行います。

・検査結果の説明

担当医より検査終了後もしくは後日にご説明いたします。ご不明な点は医師・看護師などのスタッフにお尋ねください。なお、患者様のデータ（個人が特定される項目は含まれません）を学術研究目的に利用することがあります。

説明医師 _____

問診票 ※「✓」で記入してください ※

問 1 造影剤を使用する検査を受けたことがありますか？

なし 不明 あり⇒ 造影 CT 造影 MRI 心臓カテーテル検査 その他（ _____ ）

受けたことがある場合、検査で副作用・有害事象がありましたか？ なし あり（内容： _____ ）

問 2 喘息発作または喘息治療歴はありますか？

なし あり⇒ 現在治療中 過去にあったが現在治療薬はなし 最終発作の時期（ _____ ）

問 3 以下の病気と診断されたことはありますか？

なし 高血圧 高脂血症 呼吸器疾患 甲状腺疾患 腎臓病 褐色細胞腫 不明

問 4 アレルギーはありますか？

なし あり⇒ 造影剤 食物 アトピー 鼻炎 薬（薬剤名： _____ ）

問 5 糖尿病治療薬を服用していますか？

いいえ はい⇒ 薬剤名（ _____ ）

問 6 現在妊娠中もしくは妊娠の可能性、授乳中の有無（女性限定）

なし あり

同意欄

このたび私が造影 CT 検査を受けるにあたり、その内容について説明を受け、有用性・危険性を十分に理解しましたので、その実施に同意いたします。また実施中に緊急の処置をする必要が生じた場合は、適宜処置される事についても同意いたします。複数回の造影 CT が必要な場合にも、この 1 枚で同意するものとします。

※なお、上記の説明に承諾されない限り、ここに署名は不要です。

年 月 日 患者様氏名 _____

（患者様本人が署名できない場合）患者様ご家族氏名 _____ 続柄 _____