

放射線機器共同利用説明書 CT (登録医用)

医療機器共同利用の手続き

- 検査予約は検査のみで診察はありません。診察を希望される場合は、該当する診療科への診察予約を必ずお取り下さいますようお願い致します。
- 検査結果は、診断レポートと撮影データをご紹介いただいた先生に患者さんより当日持参していただくか、もしくは郵送しております。ご紹介いただいた先生から検査結果の説明をお願い致します。
- 保険請求は当院で行います。

【ご利用手順等】

1. 『利用申込書兼診療情報提供書』を記入され、病診連携室にFAXでお送りください。
保険証・医療証はコピーを同時にFAXしていただければ申込書への記入は不要です。
2. 検査日を電話で連絡し、検査日・時間を記入した『ご案内』を返信しますので、患者さんにお渡し願います。

【撮影データのお渡し】

- 撮影データは、CD-R又はフィルムで出力しています。(返却は不要です)
申込書にご記入をお願い致します。(費用負担はありません)

【CT申し込み時の注意事項】

- チェックリストの記入をお願い致します。

【CT造影剤使用について】

- ◆造影剤を使用する場合、問診票・同意書が必要です。問診票・同意書は記入後、ご確認のうえコピーされ、一部はご依頼先生で保管、一部は患者さんにお渡しください。問診票・同意書は前日までに送付いただくか、検査当日に患者さんにCT室にご持参いただくようお願い致します。造影剤の説明書は患者さんにお渡しください。
- ◆腎機能(血清Cr mg/dl・eGFR ml/min/1.73 m²)検査をお願い致します。

*透析中の場合には必要ありません。

6ヶ月以内の検査で腎機能が正常である場合を除いて腎機能検査をお願い致します。

◆CT造影剤使用の確認事項

1. 喘息治療中の方は造影できません。
2. ヨード造影剤で副作用歴のある方は造影できません。
3. ヨード造影剤による腎障害(造影剤腎症 contrast induced nephropathy:CIN)の予防について
 - 1) 腎機能低下例では、造影剤使用の適応を厳格に判断した上で、造影剤腎症(CIN)を予防するため、造影剤減量、輸液などの水分負荷などを行って慎重に造影剤を投与しております。

2)透析中を除く eGFR45 未満では、輸液による CIN の予防を行うことが望ましいとされています(CKD ガイド 2012 日本腎臓学会編)。推奨される輸液は長時間を要し当科での管理は困難で、eGFR45 未満では非造影とさせていただきます。

3)血液透析中の患者さんで造影が必要な場合には、造影後に透析を受けられるように予約日時を配慮いたしますのでお知らせください。

4. ビグアナイド系糖尿病薬の併用注意

1) ビグアナイド系糖尿病薬を服用している場合には、ヨード造影剤を投与することで乳酸アシドーシスをきたす恐れがあります。ヨード造影剤により一過性に腎機能が低下した場合、ビグアナイド系糖尿病薬の腎排泄が低下し乳酸の血中濃度が上昇することで、乳酸アシドーシスを起こす危険性があるとされています。

2) 当院では ESUR(European Society of Urogenital Radilogy)造影剤ガイドライン version8.0 に従って、リスクの高い eGFR <45 でのビグアナイド系糖尿病薬を検査日前後 2 日間、計 5 日間休薬と必要があれば代替薬の処方をしておりますが、正常腎機能例も含めて $45 \leq eGFR$ の症例に休薬していただいても結構です。

3) 血液透析中で造影剤を使用する場合は、ビグアナイド系糖尿病薬を服用していないことをご確認ください。

【食事制限】 患者さんに説明をお願いいたします。

○『胆嚢検査』では、午前検査の方は朝食を、午後検査の方は昼食の禁食をお願い致します。その他は、食事制限はありません。

※お問い合わせ等がありましたら「病診連携室」までご連絡を下さるようお願い致します。

**長岡赤十字病院 病診連携室 TEL(代表)0258-28-3600(内線)2238
FAX(直通)0258-28-9060**

長岡赤十字病院 CT 検査
 共同利用申込書兼診療情報提供書
 FAX 番号(直通) 0258-28-9060

2014.11

医療機関名
 所在地
 電話・FAX

担当医師名

◆患者さん情報◆

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H 年 月 日
住所		電話	() -

※保険証及び公費等医療証を FAX していただければ、保険情報の記入は不要です。

保険証記号番号		医療証負担者番号	
保険者番号		医療証受給者番号	
被保険者区分	本人 ・ 家族	負担割合	割

※労災・交通事故等の場合はその旨お知らせください。

◆臨床診断・検査目的◆

◆利用希望医療器械 下記該当の検査に○印等をご記入◆

1. CT

- (1) 部位 【・頭部 ・頸部 ・胸部 ・腹部 ・骨盤 ・その他()】
 (2) 方法 【・造影剤 (無 ・ 有)】

チェックリスト 【ご依頼の先生より記入をお願い致します。】
 装着【 無 ・ 有 [・心臓ペースメーカー ・ 植え込み型除細動器 ・ 心臓再同期療法装置 ・ その他()】
 妊娠【 無 ・ 有 】

造影剤「有」のチェックリスト 【ご依頼の先生より記入をお願い致します。】
 体重 (Kg)
 検査半年以内の 血清 Cr 値(mg/dl)、eGFR 値(ml/min/1.73 m²)

造影剤使用の確認事項

- ・ 造影剤副作用歴のある方、喘息治療中、血液透析中を除き、eGFR45 未満は造影しません。
- ・ 透析中で造影される場合は、ビグアナイド系糖尿病薬を服用されていないことをご確認ください。

◆撮影データ◆ 【 CD-R ・ フィルム 】

※ FAX 受付時間 午前 8 : 30 ~ 午後 16 : 30
 ※ 検査予定日について、折り返しお電話いたしますので宜しくお願い致します。
 長岡赤十字病院 病診連携室 TEL 0258-28-3600 (内線 2238)

長岡赤十字病院

CT 造影剤使用についての説明書

CT 造影検査を受ける患者さんへ

造影剤を使用して検査する場合は、あらかじめ造影剤投与に関する同意をいただいております。造影剤の必要性と副作用の可能性についてご理解のうえ、納得されましたら同意書にご署名ください。同意書をいただいた後でも同意を撤回できますので、お申し出ください。

1. 造影剤使用の役割について

ヨードを含んだ造影剤を注射して検査します。病気の存在や症状などが詳しく描出され診断に大変役立ちます。病気や検査部位によっては造影剤を使用しない場合もあります。造影剤を必要と判断された場合には、造影剤を使用しないと病気が分かりにくく正確な診断ができないことがあります。

2. 造影剤の副作用、合併症

現在のところ、副作用の発生を予測する確実な方法はありません。検査時点での症状や今までにかかった病気などに注意しながら慎重に検討した上で検査を行っておりますが、下記のような副作用症状が起きることがあります。副作用には注射直後から数分以内に発生する即時性のものと数時間から数日後におきる遅発性のものがあります。

(1) 即時性副作用：嘔気や嘔吐、熱感、かゆみやじんましんといった軽度なもので治療を要しないものが殆どです。しかし、1万人に4人程度の割合で血圧低下などの重篤な副作用を生じることがあります。このような副作用は、通常は治療が必要となり後遺症が残る可能性やきわめてまれに(40万人に1人)死亡することがあります。

(2) 遅発性副作用：まれに、検査終了後数時間から数日後に発疹、かゆみ、頭痛、吐き気、脱力感などが起きることがあります。何か、異常がありましたら病院へご連絡ください。

3. 造影剤は静脈に注射します。確実に血管内に注射針が入っていることを確認してから注射を開始しますが、途中で漏れて血管外に漏れて腫れや痛みをとまなうことがあります。多くの場合は自然に回復しますが、ごくまれに治療が必要になることがあります。

4. 服用している糖尿病薬の種類によっては、服用されている糖尿病薬を一時休止することがあります。

5. 検査前に教えていただきたいこと

検査をできるだけ安全確実に行うために、今まで造影剤で副作用を経験したことのある方、喘息などのアレルギー、腎臓の働きが悪い、心臓病といわれた方や糖尿病薬を服用されている方は、あらかじめお知らせください。(その旨、問診票に記入をお願い致します。)

6. 緊急時の対応

当院では、万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っております。予期せぬ事態に対しては、医師や看護師が最善の対処を致します。検査中はマイクを通じて会話ができます。気分が悪くなった場合は直ちにお知らせください。

7. 検査後の注意

検査終了後に注意書きをお渡し致します。食事は普通にとりください。入浴の際の制限はありません。

*服用している糖尿病薬の種類によっては、糖尿病薬を一時休止することがあります。

*授乳されている方は、検査後24時間授乳を中止してください。

登録番号	
氏名	
年月日	性別
科名	日付

長岡赤十字病院

CT造影剤についての 問診票・同意書

CT造影剤についての問診票

該当する番号や項目に○をつけ、必要な場合には()内に具体的に記入してください。

- 今まで造影剤の検査を受けたことがありますか。
1. なし 2. CT 3. MRI 4. 血管造影 5. 詳細不明 6. その他()
- 造影剤の検査を受けたことがある方にお尋ね致します。その時に何か副作用はありましたか。
1. なし 2. あり 嘔気嘔吐 発疹 血圧低下 その他()
- 喘息はありますか。
1. なし 2. 現在治癒 3. 現在治療中
- アレルギーはありますか。
1. なし 2. あり アトピー アレルギー性鼻炎 薬 食べ物 その他()
- 腎臓の働きが悪いといわれたことがありますか。
1. なし 2. あり(病名) 3. 透析をしている
- 腕に透析のためのシャントがありますか。 1. なし 2. あり (右腕 左腕)
- 重い心臓病はありますか。 1. なし 2. あり
- 甲状腺機能亢進症はありますか。 1. なし 2. あり
- 糖尿病のお薬を飲んでいますか。 1. なし 2. あり
- 造影剤量決定のため、体重をご記入ください。 体重 Kg

CT造影剤使用についての同意書

私は、CT検査における造影剤使用について、担当医()より説明を受けました。造影剤の必要性や副作用について理解した上で以下のように回答いたします。
(1. 2. いずれかの番号を○で囲みご署名ください)

1. 造影剤の投与を受けることに同意します。
予期せぬ事態の際の緊急処置が適宜行われることについても同意します。
2. 造影剤の投与を受けることに同意できません。

平成 年 月 日

本人署名 _____

代理人署名 _____
(続柄)

※代理人欄は本人が未成年もしくは署名できない場合はご記入ください。