

## CT 造影検査を受けられるかたへ

CT検査ではエックス線により得た画像情報をコンピューターにより画像化し、各部位を詳細な画像により診断する検査です。検査は、20分程度の時間で終わります。  
また、部位により数回10～15秒程度息を止めていただきますがご了承ください。

### 検査時間

予約時間に再来受付機で手続きを行い 予約票、受付票を持って放射線科受付までお越しください。  
入院中の方は、CT室より連絡があるまでお部屋でお待ちください。

### 検査当日の食事について

- [ 水分摂取（お茶、水）の制限はありません。 ]
- 検査予約時刻の3時間前から食事をとらないで下さい

### 検査前の蓄尿の必要性について

- 蓄尿の必要はありません。
  - 蓄尿してください。
- 予約時間の約2時間前に排尿をすませてください。その後トイレはできるだけ控えてください。

### 持ち物及びお身体について

- 撮影する範囲に金属類があると検査の妨げになる場合があります。  
検査当日は、**金属類を含む服装はお控えください。**
  - 撮影部位によって、**金属類を外していただく場合や、検査着に着替えをお願いする場合があります。**  
ご了承ください。
- ※ 原則、CT検査では着替えを行っておりません。  
造影剤の注射の際に袖を肘の上までまくりますので、差し支えない服装でご来院ください。  
造影剤が衣類に付着する場合がありますので、検査着が必要な方はご遠慮なくお申し出下さい。

### お願い

緊急患者さんやその他検査の都合上、時間が多少ずれることがありますがご了承ください。

以下の方は検査前に申し出てください

- 心臓ペースメーカー、ICD(植込み型除細動器) 装着している。
- ※ 必ずペースメーカー手帳、ICD (植込み型除細動器) 手帳をご持参ください。
- 妊娠または妊娠の可能性がある。

**ビグアナイド類糖尿病治療薬を使用しているかたが**  
(基本名 メルビン・ジベトス 下記参照)  
**ヨード系造影剤を使ってCTの検査を施行する場合**

- ① 造影検査前の血清クレアチニン値の測定を検査実施日から3ヶ月以内に行われていない方
  - ② 検査前にビグアナイド類糖尿病治療薬(下記該当薬品)の服用を中止していない方
- ①, ②に該当する方は造影検査を施行できません。  
下記要項をご確認のうえ実施してください。

**【実施手順】**

ビグアナイド類糖尿病治療薬の服用を一時中止する場合、造影検査実施日の前後計5日間(検査当日前2日間、後3日間)服用中止してください。

**【理由】**

造影剤腎症はヨード造影剤の使用により引き起こされることが知られており、造影剤使用患者の1~6%ハイリスク群で41%の方に発症するともいわれています。  
ヨード造影剤とビグアナイド類糖尿病治療薬の併用は乳酸アシドーシスが発症する危険性があり、添付文書上も「慎重投与」とされています。これはヨード造影剤の使用により腎機能が低下した場合ビグアナイド類糖尿病治療薬の排泄が遅延することにより発症すると考えられております。

下記薬剤が現在該当薬品です。

一般名：塩酸メトホルミン

**[ 代表薬 ]**

メタクト配合錠 HD ・ LD (武田薬品)  
グリコラン錠 (日本新薬)  
メトグルコ錠 (大日本住友)  
メデット錠 (トーアエイヨー、アステラス)  
ネルビス錠 (三和化学)  
メトリオン錠 (シオノ、ケミファ、大洋)  
メトホルミン塩酸塩錠「トーワ」 (東和薬品)  
メトホルミン塩酸塩錠「JG」 (日本ジェネリック)

一般名：塩酸ブホルミン

**[ 代表薬 ]**

ジベトス錠 (日医工)  
ジベトンS錠 (寿、ゼリア)  
塩酸ブホルミン錠 「ミタ」 (キョウリンメディオ)

## CT 造影検査を受けられるかたへ

### 造影検査について

CT検査ではエックス線により得た画像情報をコンピューターにより画像化し、各部位を詳細な画像により診断する検査です。検査は、30分程度の時間で終わります。  
また、部位により数回10秒程度息を止めていただきますがご了承ください。  
造影検査とは、ヨードを含んだ薬を静脈から注射します。造影剤を使用することで病変の描出がよくなり診断に大変役立ちます。

### 副作用について

造影剤を使用すると、下記のような副作用が起こる場合があります。

#### 軽い副作用

吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などです。  
基本的に治療を要しないことが多いです。  
この副作用の起こる確率は、約5%で100人につき5人です。

#### 重い副作用

呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎機能低下などです。  
このような副作用は、通常治療が必要できわめてまれですが、後遺症として残る可能性があります。そのため、入院や治療が必要なこともあります。  
このような副作用が起こる確率は約0.1%以下で1000人に1人以下です。

#### 重篤な副作用

病状・体質によっては約20万人～40万人に1人の割合（0.0005～0.00025%）で死亡する場合があります。

\*造影剤は血管外に漏れでることもあります。この場合は、注射した部分が腫れたり、痛みを伴うこともあります。時間がたてば吸収されるので心配はありません。  
漏れた量が非常に多い場合には皮膚科での処置が必要になることもあります。

### ご注意くださいこと

- 喘息、甲状腺機能亢進症、ヨードアレルギー、その他アレルギー体質の方、一部糖尿病治療薬を使用している方は造影剤を使用できない場合があります。（別紙参照）  
上記の病気で現在常用されているお薬があれば、確認のためご持参ください。
- 難聴の方、お身体の不自由な方、妊娠の可能性のある方、当日体調の悪い場合は検査前にお申し出下さい。

検査1～3日後、アレルギー反応が出る場合があります。身体に異常を感じられた時には主治医にご相談下さい。

ID: 氏名: 様

造影 CT 検査に関する同意書

市立芦屋病院 病院長 様

記

造影CT検査についての説明内容

- 現在の病状や予後について
- 造影剤使用の必要性と危険性(副作用、合併症)の可能性
- 造影剤を使用しない場合の利益および不利益
- 当日、検査担当医の判断により造影剤を使用しないことがあること
- 造影剤の使用を希望しない場合(造影剤を使用せずに検査を行う場合):

造影剤の使用を希望しない場合は、署名欄に自筆署名または記名押印をしてください。

年 月 日

署名: \_\_\_\_\_ 続柄( )

(代理人の場合は続柄をご記入下さい)

説明医師名:

印

同意説明日:

年 月 日

私は、別紙説明文に基づく、上記の造影CT検査についての必要性及び実施内容の説明を十分に理解しましたので同意いたします。

年 月 日

現住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

署名: \_\_\_\_\_

または、代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

ID:

氏名: 様

造影 CT 検査に関する同意書

市立芦屋病院 病院長 様

記

造影CT検査についての説明内容

- 現在の病状や予後について
- 造影剤使用の必要性和危険性(副作用、合併症)の可能性
- 造影剤を使用しない場合の利益および不利益
- 当日、検査担当医の判断により造影剤を使用しないことがあること
- 造影剤の使用を希望しない場合(造影剤を使用せずに検査を行う場合):

造影剤の使用を希望しない場合は、署名欄に自筆署名または記名押印をしてください。

年 月 日

署名: \_\_\_\_\_ 続柄( )

(代理人の場合は続柄をご記入下さい)

説明医師名:

印

同意説明日:

年 月 日

私は、別紙説明文に基づく、上記の造影CT検査についての必要性及び実施内容の説明を十分に理解しましたので同意いたします。

年 月 日

現住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

署名: \_\_\_\_\_

または、代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

