冠動脈 CT　診療情報提供書

年　　月　　日

東海大学医学部付属八王子病院
冠動脈 CT　担当宛

FAX　042(639)1115

TEL　042(639)1114

医療機関名称・所在地

電話

FAX

医師氏名

ふりがな
患者氏名　　様　男・女　M・T・S・H　年　月　日　歳

住所　　電話番号

検査希望日　　月　　日

以下項目のご記入をお願いいたします

【検査目的】　症状精査　・　心電図異常・　その他（　　）

【症状のある方】
症状：　胸痛　・　胸部不快感　・　息切れ　・　動悸　・　その他（　　）
いつ頃から：　（　　）
どのような時に：　労作時　・　安静時　・　その他（　　）

【冠危険因子】
○高血圧症：　あり　・　なし　　○糖尿病：　あり　・　なし
○脂質異常症：　あり　・　なし　　○心疾患の家族歴：　あり　・　なし
○喫煙：　現在喫煙中　・　過去喫煙歴あり　・　喫煙歴全くなし

【現症】身長　　cm、体重　　kg、血圧　　/　　mmHg、脈拍　　回/分

【既往歴】

冠動脈 CT 検査をお申し込みいただいた先生へ

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　先生　御侍史

この度は、冠動脈 CT 検査をお申し込みいただきまして、ありがとうございます。申し込みに際し、先生から患者さまへ冠動脈 CT 検査についてのご説明をお願いいたします。

予約取得書の他、当院の冠動脈 CT 検査の同意書をお送りいたします。**事前に患者さまにお渡しの上、先生および患者さま共に、同意書へ署名をお願い致します。**

検査は万全の体制で十分な注意の上施行いたしますが、特に下記項目につきまして、先生に造影 CT 検査の適応を再度ご確認いただき、患者様に事前に注意点などご説明いただきますようお願い申し上げます。患者様に同検査の注意点を事前に知っていただくことは、検査直前の中止という事態を減らすことに寄与すると思われます。下記項目を含めまして、当方にて冠動脈 CT 検査を安全に施行することが困難と判断致しました患者様については、検査日の変更あるいは中止をさせていただくことがありますので、ご理解のほどお願い申し上げます。

＜冠動脈 CT 検査を施行できない患者さま＞

◆ 造影剤アレルギーがある

◆ 腎機能障害がある

当院にても検査当日に血液検査を行い、腎機能を確認いたします。血清クレアチニン値が 1.5mg/dl 以上の方は、造影 CT 検査を行わない方針としておりますので、ご了承ください。

◆ 治療中の気管支喘息/COPD がある

（小児喘息の既往のある患者さま、喘息発作時のみ薬剤を使用している患者さまも含みます）

◆ 10-15 秒の息止めができない

◆ ビグアナイド系糖尿病薬の内服を休薬していない

該当の薬剤を内服されている方は、造影剤使用前 48 時間、かつ、使用後 48 時間の休薬が必要です。確実な休薬指示をお願いいたします。内服を継続されていた場合は、検査日を変更させていただきますので、ご了承ください。

ご不明な点がありましたら、当院までご連絡いただければ幸いです。結果につきましては、検査終了後約 1 週間で送付いたします。

ご紹介ありがとうございました。今後とも宜しくお願い申し上げます。

東海大学医学部付属八王子病院　循環器内科
冠動脈 CT 担当　　牛島　明子、河村　洋太

東海大学医学部付属八王子病院
〒192－0032　東京都八王子市石川町 1838
医療連携室（予約）
TEL　042(639)1114　FAX　042(639)1115

□要コピー（原本を患者さんへ）

造影ＣＴ（冠動脈ＣＴ）検査についての説明・同意書(2/2)

太枠内についてご確認ください

【患者さんへの問診】（「はい」または「いいえ」を選んでください。）

1．妊娠中、または妊娠の可能性のある方。	はい	いいえ
2．気管支喘息と言われたことのある方（小児喘息も含む）	はい	いいえ
3．以前にヨード造影剤で副作用のあった方。	はい	いいえ
4．ビグアナイド系糖尿病用剤注を服用していられる方。	はい	いいえ
5．薬剤あるいは食品でアレルギー反応があった方。	はい	いいえ
6．腎臓の病気があると言われたことのある方。	はい	いいえ
7．バセドウ病，骨髄腫，マクログロブリン血症，テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患と言われたことのある方。	はい	いいえ

※体重　　kg

注：ビグアナイド系糖尿病用剤（50 音順）

（ア行）イニシンク配合錠・エクメット配合錠 LD・エクメット配合錠 HD

（カ行）グリコラン錠

（サ行）ジベトス錠・ジベトンＳ腸溶錠

（マ行）メタクト配合錠 LD・メタクト配合錠 HD・メトグルコ錠・メトホルミン塩酸塩錠

内服薬についてご不明な点は看護師、薬剤師等職員にお尋ねください。

なお、ご同意いただかなくても、患者さんの不利になることはなく、その他の治療は最善を尽くします。また、同意を後日撤回することもできます。

上記に該当する糖尿病薬を服用されている方は、検査前 48 時間と検査後 48 時間の計 96 時間糖尿病薬を休薬してください。休薬が十分でない場合、乳酸アシドーシスを引き起こす可能性があります。

【説明医師の確認項目】（該当する項目のチェックボックスに✔をつけてください。）

【腎機能について】

□　血清クレアチニン値は正常　　mg/dL　（　　年　　月　　日）

■　検査当日に血清クレアチニン値が電子カルテで確認できる。　検査当日、当院で採血致します。

【造影剤副作用の危険因子について】

□　造影剤副作用の危険因子はない。

□　造影剤副作用の危険因子があるが適切な対策を行っている。

具体的内容：

注：造影剤副作用の危険因子がある場合、造影検査ができないことがあります。

なお、ご同意いただかなくても、患者さんの不利になることはなく、その他の治療は最善を尽くします。また、同意を後日撤回することもできます。

2019 年 08 月 09 日

医療機関名　　説明医師　　印

東海大学医学部付属八王子病院長　殿

私は、上記の内容の説明を受け、質問する機会も得ました。その結果、

□　説明された内容を理解し、納得しましたので、同意します。

□　説明された内容を理解しましたが、この医療行為については同意しません。

□　他院でのセカンドオピニオンの取得も含め、今一度説明の機会を希望します。

年　　月　　日

患者氏名　　（自署）

親族又は代理人氏名　　（自署）　続柄（　　）

（ID：8000016996）トウカイ　１９９

東海大学医学部付属八王子病院　　（医師）　　印

東海大学医学部付属八王子病院

□要コピー（原本を患者さんへ）

造影ＣＴ（冠動脈ＣＴ）検査についての説明・同意書(1/2)

私は、患者 トウカイ　１９９ 様、または代理人（　　）様に対して、CT 検査の必要性、危険性、および合併症について、次のように説明いたしました。

【CT 検査とは】

CT 検査（コンピューター断層撮影検査）はＸ線とコンピューターを使用して体の断面像を撮影し、病気の有無を調べる検査法です。多くの病気で、診断に不可欠な検査としてひろく行われています。検査時間は、およそ 10～20 分を要します。

ヨード造影剤という薬を静脈に注射して撮影するのが造影 CT です。造影 CT は、通常の CT では分かりにくい病気がより詳しくわかるようになります。

【ヨード造影剤の副作用について】

ヨード造影剤はひろく使われている安全な薬ですが、アレルギー反応のために吐き気やじんましんなどの軽い副作用の起こる場合があります（約 30 人に１人＝ほぼ 3%）。まれに血圧低下（ショック）、息苦しさ、意識消失、腎不全、嗄声(喉頭浮腫)などの重篤なアレルギー反応が、起こる場合があります（約 3,0000～10,000 人に１人＝ほぼ 0.04～0.01%）。ごくまれに、他の多くの薬剤と同様に死亡例の報告もあります(約 40 万人に１人＝ほぼ 0.0003%)。当院では、迅速で適切な処置の行える体制で検査を行っています。検査後、数時間から数日（～3 日）の間で遅発性の副作用の出現も報告されています(約 0.1%)。

造影剤を機械により自動的に注入するために、血管外に一部の造影剤が漏れることがあります。注射した部位が腫れたり、痛みを伴うこともあります。ほとんどの場合は時間がたてば自然に吸収されますので心配ありませんが、漏れた量が非常に多い場合には処置が必要となることもあります。

【検査前の注意】

普段服用している常用薬（ビグアナイド系糖尿病薬投与を除く、後記：注）は、検査に関わらず通常通りお飲み下さい。検査前の水・お茶の飲用は、問題ありません。

造影 CT の場合、直前の食事を摂らないで下さい。すなわち、午前の検査なら朝食、午後の検査なら昼食を延期して下さい。

受付は２階総合受付で行います。本状をご持参の上、11:00 までにご来院ください。

＜＜冠動脈 CT 検査の注意点としては、以下が代表的です＞＞

①明瞭な画像を得るために、脈拍を遅くする薬を使用する場合があります。

②不整脈が多数出ている方は、画像がぶれてしまい、検査を行っても評価できない事があります。

③冠動脈に石灰化が多い方は、血管内部の評価が技術的に不可能なため、検査を行っても評価できないことがあります。冠動脈に石灰化があるかどうかは、検査前には分からないことが多いです。

【予約中止の連絡】

やむを得ず都合が悪くなった場合は、医療連携室　042-639-1111（内線　3076）にご連絡下さい。

【検査後の注意】

造影剤を注射された方は、薬剤は尿から排泄されますので普段よりも多めに水分を摂って下さい。飲水量に制限のある方は、かかりつけ医とご相談下さい。検査後に不快な症状を感じられた方は下記までご連絡下さい。

◎ 東海大学医学部付属八王子病院　代表電話番号：０４２－６３９－１１１１

◎ 診療時間内（08：30～16：30）放射線科　　（内線　4010）

◎ 診療時間外（16：30～08：30）救命救急センター（内線　3010）

東海大学医学部付属八王子病院