

# 沖縄県立中部病院 冠動脈 C T 機器共同利用申込書

依頼日： 年 月 日

沖縄県立中部病院 地域医療連携室 宛

【依頼医療機関】(ゴム印等使用可)

沖縄県うるま市字宮里 281

TEL:098-973-4111(代表) 098-982-6567(直通)

**FAX:098-982-6568(直通)**

医療機関名：

所在地：

TEL：

FAX：

ご連絡担当者：

～申し込みにあたって～

全ての項目に目を通し、をご記入下さい。

## [検査者情報]

フリガナ 患者氏名	_____ 様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ )歳		
住 所	〒 _____	電話番号	_____ - _____
検査希望日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 時頃)		

※共同利用申込書(本票)とは別に診療情報提供書の作成をお願いします。

[傷病名]	[検査目的] <input type="checkbox"/> 一般検査 <input type="checkbox"/> 精査目的 <input type="checkbox"/> 二次検診 <input type="checkbox"/> 術前検査 <input type="checkbox"/> 術後検査 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 臨床研究 <input type="checkbox"/> その他
-------	--

## 検査結果のお渡し方法

冠動脈 C T は当日には読影できないため、紹介元（貴院）へ郵送となります。予めご了承ください。

喘息の有無： あり・なし 緑内障の有無： あり・なし 大動脈弁狭窄症の有無： あり・なし  
ニトログリセリン製剤と相互作用のある薬剤(レバチオ・バイアグラ等)の使用： あり・なし  
妊娠の有無： あり・なし インプラントの有無： あり( \_\_\_\_\_ )・なし  
腎機能検査結果： 3ヶ月以内のデータ クレアチニン \_\_\_\_\_ mg/dl 体重： \_\_\_\_\_ Kg

### ※注意事項

e G F R 値が 45m L / m i n / 1. 7 3 ml 以下の患者さんの受け入れは行っておりません。ご了承下さい。

造影剤アレルギーの既往歴のある患者さんの受け入れは行っておりません。ご了承下さい。

ペースメーカーが体内にある方はペースメーカー手帳を当日にお持ちください。

#### ●患者さんの来院時間・手順に関しまして

・検査予約日の午前 8 時 30 分までに県立中部病院総合受付にて受付を行った後、放射線科受付(38 番)へいらしてください。

・CT 室にて血圧、脈拍測定後に薬（セロケンあるいはワソラン）を内服していただきます。

・内服 60 分から 90 分後に CT 検査を開始します。

・検査中に約 10 秒程度の息止めが必要です。

・検査当日の朝は軽めの食事をお摂り下さい。

・ビグアナイド系糖尿病用薬（血糖降下薬）を内服している方は、前々日の朝（48 時間前）より内服を中止されてください。

患者さんへの検査の説明を行い、検査の同意を得た。（貴院にて説明後チェックを記入ください）

(生年月日 年 月 日)

## 検査薬・造影剤検査同意書

臨床診断名	
検査・処置名	冠動脈CT造影検査
説明医師/立会医療者	/
説明年月日	

現在の病状および検査、処置の必要性とその内容、これに伴う合併症ならびに今後の見込みについて別紙説明書の通り十分な説明を受け、理解しました。つきましては、検査・処置等を含めて、上記実施中に必要な操作と治療に必要なすべての処置をお願いいたします。

このたびの検査・処置に関して、緊急の場合を除いて、追加の処置または変更をする必要がある場合には、改めて担当医師より説明を受けるものとします。

同意した内容についてはいつでも撤回できます。患者様に最終的な決定権があり、十分な説明と同意を元に最善の治療を提供します。

検査・処置・手術予定日

(予定日は病状などにより前後することがあります)

沖縄県立中部病院 病院長 殿

患者様ご本人署名(本人が署名が出来ない場合はご家族・代理人が代筆する。その際(代)と末記する)

氏名

同意した年月日

年

月

日

ご家族・代理人署名

氏名

続柄

今回の入院期間中に繰り返し造影 CT 検査の必要が生じた場合は、この同意書を持って実施することに同意いたします。

\* 患者様本人が署名出来ない場合医師はその理由を選択する。その他の場合は状況を記載する。

意識障害

小児の場合

判断能力に支障がある

その他 ( )

# 検査薬説明書

臨床診断名	
手術・検査・処置名	冠動脈CT造影検査

冠動脈の鮮明な画像を得るために、心拍数を65回／分以下まで減少させる必要があります。

また、心拍数を低下させることで放射線被曝を軽減することも出来ます。そのため、当院では禁忌症例を除いて積極的にβブロッカーを使用し、CT撮影を行います。

また、撮影時に血管拡張薬のニトログリセリンも使用します。

## βブロッカー(セロケン®)の副作用、合併症

βブロッカーは、高血圧に対して使われています。心拍出量の低下や交感神経を抑制する作用があり、血圧とともに脈拍を減少させる薬剤です。

少量1回の投与では、重大な合併症を来すおそれは非常に少ないですが、「気管支喘息、Ⅱ度以上の房室ブロック、徐脈、レイノー症状、褐色細胞腫」がある方では、使用禁忌ないし慎重投与となっております。

また、使用により心不全、房室ブロック、高度徐脈、心原性ショック、喘息症状の誘発・悪化などが出現する可能性があります。

また、血圧や脈拍が下がりすぎた場合は、ふらつきや気分不良が一過性にでる可能性があります。

## ニトログリセリン(ミオコールスプレー®)の副作用、合併症

ニトログリセリンは、血管を拡張する薬剤で、狭心症治療薬として使用されています。使用に伴って血管が拡張し、一過性に血圧低下、めまい、頭痛、潮紅、悪心・嘔吐、発汗が生じる可能性もあります。

また、これまでニトログリセリンの過敏症歴がある方や閉塞性隅角緑内障の方は使用禁忌です。重症大動脈弁狭窄症や閉塞型肥大型心筋症がある場合は、薬剤使用により心原性ショックを呈する可能性があります。原則禁忌となっております。

妊娠又は妊娠している可能性のある女性は、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合に投与します。

授乳婦は治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続または中止を検討していきます。

# 造影剤検査説明書

臨床診断名	
手術・検査・処置名	冠動脈CT造影検査

この検査では、ヨード性造影剤を血管内に注射します。造影剤を血管内に注射する検査は、全国で毎年、数百万人以上の患者さんに広く行われています。以下の質問項目にお答えの上、同意書をご記入下さい。

1. 以前に造影剤を用いた検査を受けたことはありますか？

なし                       あり

→いつ頃どのような検査でしたか？

その時副作用はありましたか？

なし                       あり

→どのような症状でしたか？

2. あなたはアレルギー体質（蕁麻疹、喘息、花粉症、薬物や食べ物など）ですか？

なし                       あり

→どのようなアレルギーですか？

3. 以下のような疾患がある場合には、造影剤は慎重に投与しなければいけません。

下記の中に該当する疾患はありませんか？

なし                       あり

→下記の該当するものをマルで囲んで下さい。

- (  一般状態の極度に悪い方                       気管支喘息                       腎疾患                       重篤な心疾患や肝疾患  
 急性膵炎                       マクログロブリン血症                       多発性骨髄炎                       テタニー  
 褐色細胞腫                       重症筋無力症                       発作性夜間血色素尿症                       重症糖尿病など)

4. 造影剤の副作用及び合併症についての説明（日本医報会誌Vo1.52.9.'92より）

① 副作用を確実に予知できる方法は現在ありません

② 非イオン性ヨード造影剤の注射時における副作用及び合併症

すべての副作用3%（40人に1人）

軽症（治療を必要としないもの）：熱感、吐き気、嘔吐、かゆみ等2～3%

重症：呼吸困難、血圧低下、意識消失、心停止など0.004%（25000人に1人）

死亡0.0002%（50万人に1人）

造影剤の血管外漏出0.04%（2500人に1人）

まれに漏れた量が非常に多い場合は、外科的な処置が必要となることもあります。

③ 副作用のほとんどは造影剤注入時および注入開始後5分以内に生じます。異常を感じたら直ちに申し出て下さい。速やかに対処します。

④ 副作用は検査終了後、約1時間ないし数日たってから起こることが稀にあります。治療を必要としないことがほとんどですが、気になることがありましたら当院救急室、主治医又は放射線科にご連絡下さい。

\* β ブロッカーの使用 (セロケン・ワラゾンどちらか1つ選択)

○使用可 (セロケン20mg 1錠)  
(セロケン20mg 2錠) : 体重60kg以上で脈拍70以上

○脈拍低下なければさらにセロケン20mg 1錠追加可

○使用不可 (□喘息 □低血圧 □徐脈 □重度末梢循環不全 □褐色細胞腫)

\*セロケン不可の場合・カルシウムチャンネルブロッカーの使用 (喘息がある症例)

○ワソラン40mg 1錠

○脈拍低下なければさらにワソラン40mg 1錠追加可

\*ミオコールスプレーの使用

○使用可

○使用不可 (□大動脈弁狭窄症 □閉塞性肥大型心筋症 □肺高血圧症 □閉塞隅角緑内障 □低血圧

□相互作用のある薬剤 (レバチオ、バイアグラ®使用中)

\*血清クレアチニン値 \_\_\_\_\_ mg/dl (3カ月以内の値)

\*体重 \_\_\_\_\_ kg

### 検査時記録

冠動脈造影CT時の記録				
処置	時間	血圧	脈拍	観察項目
来院時バイタル		/		
セロケン (        mg) 内服				
内服30分後		/		副作用 (○有 ○無)
内服60分後		/		副作用 (○有 ○無)
追加セロケン (        mg)				
追加内服30分後				
IV確保 部位 ○右肘尺側静脈 ○左肘尺側静脈 ○右肘橈側静脈 ○左肘橈側静脈	確保困難時 (        )			
針サイズ ○18G ○20G				
ミオコール 1パフ				
ミオコールパフ後		/		副作用 (○有 ○無)
造影終了直後		/		造影剤漏れ (○有 ○無)
検査終了後	サイン (        )			○めまい ○悪心 気分不良 (○有 ○無) IV刺入部痛 (○有 ○無) 発赤 (○有 ○無) 腫脹 (○有 ○無) 抜針止血 (○確認済)