

C T検査予約票

検査予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

予約診療科

フリガナ

氏名

様

検査のための食事制限

 当日の朝食は必ず絶食してください。 当日の朝食は普通にとり、昼食は絶食してください。

検査の約1時間前にコップ一杯（200cc程度）のお水又はお茶をお飲みください。

普段飲んでいるお薬は普段どおりにお飲みください。

（但し、糖尿病のお薬は主治医に相談してください。）

C T検査をお受けになる方へ **（必ずお読みください）**

検査当日は予約時間の15分前までに、この予約票、診察券（お持ちの方）、健康保険証を添えて**病院受付**で受付を済ませ、予約診療科に寄り、検査に来た旨を申し出て放射線室受付へお越しください。（**再来機で受付しないでください。**）

- ・体内除細動器（ICD）をされている方は挿入部の検査はできません。
- ・心臓ペースメーカーをされている方は必ずお申し出ください。
- ・検査の都合上、衣類にボタン・金具等があれば検査衣に着替えていただく場合があります。
- ・検査部位にネックレス・磁気バンソウコウ・湿布類があれば必ず外しておいてください。
- ・薬剤過敏症の方、じんま疹の出やすい方、妊娠の可能性のある方は、必ずお申し出ください。
- ・検査は予約制です。来院できない場合には、必ず前もって連絡してください。
- ・検査の都合上、検査開始時間が多少前後する場合があります。御了承ください。
- ・ご不明な点がございましたら、当院までお問い合わせください。

問い合わせ先 国保野上厚生総合病院 放射線室

和歌山県海草郡紀美野町小畑198

電話（073）489-2178 内線170

診療情報提供書(CT検査)

国保野上厚生総合病院 地域連携室
 受付時間 9:00~17:15
 ※土日祝・年末年始は除く

注) ①造影剤検査を行う場合は、問診票・同意書へ記入をお願いします
 ②臨床診断名及び現病歴、検査目的は必ず記入をお願いします

検査予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

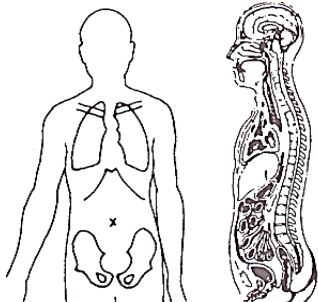
国保野上厚生総合病院 患者番号 <input type="checkbox"/> あり(患者番号) <input type="checkbox"/> なし				
フリガナ		男 女	生年月日	年 月 日 (才)
氏名	様			
住所		電話番号		
医療機関名		依頼医師署名		

目的部位及び臓器 (複数チェック可)

<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頭蓋	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> その他の部位		
<input type="checkbox"/> 内耳道ターゲット	<input type="checkbox"/> 中耳腔ターゲット					
<input type="checkbox"/> 頸部(甲状腺)	<input type="checkbox"/> 頸椎					
<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎				<input type="checkbox"/> 仙尾骨	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部
<input type="checkbox"/> 肩関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 肘関節(右・左)				<input type="checkbox"/> 手関節(右・左)	
<input type="checkbox"/> 股関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 膝関節(右・左)				<input type="checkbox"/> 足関節(右・左)	
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 肝胆脾					
<input type="checkbox"/> 肝臓～腎臓	<input type="checkbox"/> 腎臓～膀胱				<input type="checkbox"/> 肝臓～膀胱	
<input type="checkbox"/> 肝臓3相	<input type="checkbox"/> 胆嚢3相				<input type="checkbox"/> 膵臓3相	
<input type="checkbox"/> 腎臓3相	<input type="checkbox"/> DIC-CT				<input type="checkbox"/> 骨盤内臓器	
					<input type="checkbox"/> MPR処理	<input type="checkbox"/> 3D処理

単純・造影・単純造影	診断 (要・不要)
HBs抗原 (+・-・未施行)	HCV (+・-・未施行)
ワ氏反応 (+・-・未施行)	その他感染症 ()

臨床診断名及び現病歴 [検査目的 (特に希望する事項・部位詳細)]



CT検査結果

報告者()

造影剤使用に関する説明

今回実施する検査は「ヨード造影剤」という薬剤を使用して行います。一般に造影剤の使用により、病気の存在や状態がより詳しく正確に描出され精度の高い診断に大変役立ちます。

この造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が発生することもあります。

1) 軽い副作用：咳、くしゃみ、吐き気、嘔吐、発疹、発赤などの症状があります。
約30人に1人の割合で発生します。

2) 重い副作用：呼吸困難、意識消失、血圧性ショックなどの症状があります。
約2.5万人に1人の割合で発生します。
極めてまれですが、死亡に至る例もあります。

3) 遅発性副作用：投与開始より1時間から数日後に遅れて、発疹、発赤、蕁麻疹、悪心嘔吐、血圧低下、頭痛等が発生することがあります。

残念ながら、こうした副作用はいつ発生するか事前に知ることができません。また前回の検査で副作用が発生しなくても、今回発生することもあります。造影剤にはこうした副作用がありますが、あなたの病気を診断・治療するうえで造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。万一副作用が発生しても、すばやく対応ができるようにしたうえで検査を行っています。もし異常がございましたら、すぐにお知らせください。

造影剤の注射中に、血管の外に造影剤が漏れることがあります。少量の漏れは心配ありません。極めてまれですが多量に漏れた場合は、別の処置が必要となります。

注意事項

※ 一部の糖尿病薬（ビグアナイド系）で休薬が必要な場合があります。

※ 現在、妊娠またはその可能性のある方は原則として検査できません。

※ 授乳中の方は検査終了後4～8時間授乳をお避けください。

造影剤使用に関する問診票

問診日 年 月 日 氏名

生年月日 年 月 日

※有効期限：問診日より3か月間

安全に検査を受けていただくために、次の問1～問8の質問にお答えください。

問1 造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか。

 はい〔CT・MRI・血管造影・腎臓検査・胆嚢検査〕 いいえ

問2 検査を受けたことがある方で、その時、帰宅後も含め副作用はありましたか。

 はい〔咳・くしゃみ・吐き気・嘔吐・発熱・皮膚症状・呼吸困難〕 いいえ
意識消失・ショック症状・その他（ ）

問3 今までに、次の病気にかかれたことがありますか。

 はい〔喘息・高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・心臓病・肝臓病・腎臓病〕 いいえ
褐色細胞腫・マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー

問4 アレルギー体質・アレルギー性の病気がありますか。

 はい〔アトピー体質・アレルギー性鼻炎・花粉症・薬剤アレルギー〕 いいえ
食物アレルギー・その他（ ）

問5 現在、高血圧・心臓病のお薬を服用していますか。

 はい（お薬名 ） いいえ

問6 現在、糖尿病のお薬を服用していますか。

 はい（お薬名 ） いいえ

《女性の方へ》

問7 現在、妊娠またはその可能性がありますか。

 はい いいえ

問8 現在、授乳中ですか。

 はい いいえ【紹介医療機関の先生へ】 過去3ヵ月以内のeGFR(mL/分/1.73m²)を必ずご記入ください。

※ eGFRが30未満又は未記入の場合は、原則として造影検査を実施しません。

eGFR (mL/分/1.73m²) : 測定日 年 月 日

造影剤使用に関する同意書

私は、造影剤の使用に対して医師から副作用の可能性について説明を受けて理解しましたので、造影剤の使用に同意します。また、万一副作用が発生した場合には必要な処置を受けることも承諾します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

記入日 年 月 日

本人または代理人（続柄 ）ご署名

依頼医師署名