

# 放射線科 行

年 月 日

## FAX072-941-4666

ご記入いただきましたらこの申込用紙をFAXでお送りください。  
FAX送信後、患者様にこの用紙(原本)をお渡しし、検査当日、必ずお持ちになるようお伝え下さい。

## CT検査依頼申込書(診療情報提供書)

※この用紙は診療情報提供書を兼ねています。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		電話番号	( ) -
生年月日	年 月 日	受診歴	有 ・ 無
貴医療機関名		電話番号	( ) -
貴院医師名	印	FAX番号	( ) -

下記の項目の□に✓または必要事項を記入下さい

検査部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肺縦隔 <input type="checkbox"/> 上腹部・下腹部
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿(□R・□L)
		<input type="checkbox"/> 膝関節(R・L) <input type="checkbox"/> 下腿(□R・□L) <input type="checkbox"/> 足部(□R・□L)
		<input type="checkbox"/> 肩(□R・□L) <input type="checkbox"/> その他( )

CT検査は医療放射線被ばくを伴うことを患者様へ説明済み

検査希望日	年 月 日	午前・午後	時 分
-------	-------	-------	-----

検査目的

医療法人 貴島会

### 貴島病院本院

〒581-0853 八尾市楽音寺3丁目33  
TEL072(941)1499(代) FAX072(941)4666

# CT 検査予約票

様の検査日時は  
です。

## 注意事項

- 検査当日の絶食 不要 必要
  - 検査前日 : 夕食は夜9時までに済ませ、以降は食べないで下さい。  
水分(水・お茶のみ)は適度に摂って下さい。  
お薬を服用されている方は、いつものようにお飲み下さい。(糖尿病治療薬は除く)
  - 検査当日 : 朝食は摂らないで下さい。  
水分(水・お茶のみ)は適度に摂って下さい。  
朝にお薬を服用されている方は、いつものようにお飲み下さい。(糖尿病治療薬は除く)
- 造影剤の使用 しない する ⇒ 同意書の提出をお願い致します。
- CT 検査は断面像(輪切り) で体の内部を画像化でき、切れ目のないデータの取得を行うことで3D 画像や多様な方向からの画像作成も可能です。
- 検査は予約制です。都合が悪くなった場合は必ず下記へご連絡ください。
- 検査当日は予約時間の 30 分前に、受付を済ませて緑のファイルを黄色のポストに入れて下さい。
- 衣類は脱衣や更衣をお願いする場合があります。着替えやすい服装でお越しください。
- 検査部位に金属類 (エレキバン、ヘアピン、イヤリング、ピアス、ネックレス、入れ歯、ファスナーなど) があると画像の妨げになり、外した状態で検査を行います。
- アナウンスや口頭で息止めなどの指示がある場合はできる限り指示に従って下さい。(7~10 秒程度の息止め) また撮影中は体を動かさずじっとして下さい。
- X 線を使用する検査です。妊娠中または妊娠の可能性のある方、心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器 (ICD) を装着されている方は検査前に申し出て下さい。
- その他、ご不明な点などがありましたら係員におたずねください。

## 造影剤についての説明及び同意書

### ○ 造影剤を注射する理由

造影検査(CT、脊髄造影など)で使用するのは、**ヨード造影剤**と言う種類のお薬です。造影剤を投与することにより、体の中の血管、臓器、病気の部分の様子が分かりやすくなります。造影剤を使わなくても検査はできますが、より正確な診断を行うためには造影剤が必要です。病気や検査部位によっては造影剤を使わない場合もあります。

### ○ 検査前の生活について

- ・ 検査前の食事(午前の検査は朝食、午後の検査は昼食)はお控えください。
- ・ 検査1~2時間前より、薬の服用等以外での水分摂取をお控えください。(水、お茶の少量飲水は可能です)
- ・ 服用中のお薬は、特に指示がない限り通常通り服用してください。(糖尿病治療薬を服用されている方はお知らせ下さい)

### ○ 検査中のお願い

- ・ 検査中は検査担当者とはマイクを通じた会話により気分の不良、異常があることを伝えることができます。
- ・ 気分が悪くなった場合は、検査中であっても我慢せずにご連絡ください。

### ○ 検査終了後は？

- ・ 食事は普通におとりください。普段通りの生活を送ってください。
- ・ 造影剤は尿として排泄されます。排泄を促進するため、水分を多めにとってください。なお、制限されている方はお知らせください。

### ○ 造影剤使用の禁忌・原則禁忌

1. 禁忌(造影剤を使用してはならない場合)

**ヨード造影剤に過敏症のある方。**

**重い甲状腺の病気のある方。(ヨードが甲状腺に集積し、症状が悪化することがあります)**

**既往歴を含め、痙攣、てんかん及びその素質がある患者。(脊髄腔造影の場合のみ)**

2. 原則禁忌(造影剤を使用しない事が原則だが、適応がある場合に慎重に投与する)

一般状態の極度に悪い方。気管支喘息(ぜんそく)の方。

重い心臓の病気、重い肝臓の病気がある方、腎臓の働きが悪い方。

マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫又はパラガンゲリオーマのある方。

### ○ 造影剤の慎重投与(以下の場合には慎重に投与する必要があります)

発疹・蕁麻疹などのアレルギーを起こしやすい体質(両親兄弟などを含む)の方、薬剤過敏症の既往歴がある方、甲状腺疾患、腎臓病、脱水症状、高血圧症、動脈硬化、糖尿病、急性膵炎、肝機能の低下がある方、高齢者および幼児・小児の方。

## ○ 造影剤の副作用について

※ 造影剤は副作用の少ないものが開発され安全な薬ですが、副作用が起こることがあります。

1. 造影剤を注入すると体が熱く感じるがありますが、すぐに治りますので心配はありません。
2. 勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤が漏れることがあります。漏れた部位が腫れて痛みが持続することもあります。時間とともに自然に吸収されるので心配ありません。漏れた量が非常に多い場合には、別に処置が必要になることもあります。
3. 軽い副作用（発生頻度 3%程度、100 人につき 3 人）  
吐き気、かゆみ、発疹、動悸、頭痛などで基本的に治療を要しません。
4. 重い副作用（発生頻度 0.01%程度、1 万人につき 1 人）  
非常にまれですが、呼吸困難、血圧低下、意識障害などです。このような副作用は治療が必要で、入院や手術が必要なこともあります。
5. 現在、副作用の発生を予測する確実な方法はありません。
6. 過去に造影剤を使用した検査で、副作用がおきなかった方にも重い副作用がおきる可能性があります。
7. 検査終了後、遅発性（30 分から数日後）に頭痛・発疹・かゆみ・吐き気などの症状が現れることがあります。このような症状はほとんどが一時的なものです。ご心配があればいつでも当院までご連絡ください。

医療機関名： \_\_\_\_\_ 説明医師： \_\_\_\_\_ 印（自署なら印不要）

### 同意書

(ID: \_\_\_\_\_)

私は、造影検査について説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

本人

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印（自署なら印不要）

※検査を受ける方が未成年や意識障害などがある場合は下記の記入を必ずお願いします。

代理人

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印（自署なら印不要）

患者様との続柄： \_\_\_\_\_

※同意された場合でもいつでも撤回することができます。



## 医師記入欄

eGFR=\_\_\_\_\_ (検査日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日) (3ヶ月以内のもの)

※eGFRの値が30未満の場合、造影剤を使用した検査は行えません。

### ビグアナイド系糖尿病薬服用の有無

※依頼元医療機関のみでなく、他の通院医療機関での処方内容も必ずご確認ください。

有 (薬剤名：\_\_\_\_\_)

※検査前後2日間及び検査当日(計5日間)は内服中止してください。

無

■上記を確認の上、同患者様の造影剤を使用した画像検査を可能と判断し申し込みます

依頼日： \_\_\_\_\_

依頼元医療機関名： \_\_\_\_\_

依頼医師氏名： \_\_\_\_\_