診 療 情 報 提 供 書

令和　　年　　月　　日

紹介先医療機関名 医療法人大植会　葛城病院

〒

放射線科　担当医　殿

電　話
ＦＡＸ

診療科名
医師氏名　　印

患者氏名	生年月日 （　　歳）
患者住所	
電話番号　　職業	

傷病名
紹介目的 ＣＴ　検査依頼　　部位は下記の通り
症状、治療経過および検査結果
現在の処方
検査部位　□ 頭部（　　）　□ 頚部（　　） □ 胸部（　　）　□ 腹部（　　） □ 腹部～骨盤（　　）　□ 骨盤部（　　） □ 関節（　　）　□ その他（　　） 造影剤使用時体重　　kg
造影剤使用　□ 不要　　□ 要　（造影剤使用時は別紙問診票の記入もお願いいたします）

※ 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名を記入すること。かつ、
患者住所及び電話番号を必ず記入すること。
必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
必要がある場合は画像診断、検査の記録を添付すること。

ＣＴ造影検査予約票

患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

検査日時　　年　　月　　日（　　曜日）　午前　午後　　時　　分

※検査当日までに必ずお読み下さい

- マイナ保険証または資格確認書は必ずご持参下さい。葛城病院の診察券をお持ちの方はご持参下さい。
- 予定時間の６０分前にお越しください。（同意書、問診票の確認、検査前の準備をします）
- 緊急検査などにより検査時間が前後する場合がありますがご了承下さい。
- 検査時間は約２０分です。
  ※冠動脈ＣＴは心拍数により事前投薬を行うため４０分～５０分程度安静後検査行います。
- ＭＲＩと違い、検査室内には金属類は持ち込めますが
  検査部位により支障が出ますので外していただきます。
- 造影剤を血管内投与しCT 検査を行います。

次に該当する方は、必ず主治医、検査担当に申し出て下さい。

- 心臓ペースメーカー、除細動器などを装着の方
- 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方（当院では撮影を行っていません）
- 胸腹部、腹部、骨盤腔内が含まれる検査では検査前５日以内に
  バリウム検査を受けられた方
- 造影剤にアレルギー反応を起こした事がある方

＜検査前の食事について＞

造影 CT 検査 (部位に関わらず)	・検査予約時間の４時間前から絶食 ・飲水は直前まで可
造影 CT 検査 骨盤腔内の検査 (泌尿器系・婦人科系)	・検査予約時間の４時間前から絶食 ・２時間前から尿を溜める ・我慢出来ない場合、排尿する前に 近くのスタッフへお知らせ下さい ・依頼時に蓄尿が不可欠な場合、検査まで ２時間程度待機していただくことがあります

＜検査終了後＞

副作用がないかを確認するため、１時間程度点滴室にて安静にしていただき
ますので時間に余裕をお持ちください。

＜問診票、同意書＞

CT 造影検査問診票、同意書への記入を依頼元にて済ませ検査当日、葛城病院へご持参ください。
御依頼元医師の問診票へのサインが無ければ、検査が受けることができない場合があります。
ご了承ください。

※問診、同意書の結果により造影検査を行えない場合もありますがご了承下さい。

ご不明な点があれば、下記までご連絡下さい。

葛城病院　　放射線科　　電話　０７２－４２２－９９０９　㈹

20241201　ver4

ＣＴ造影検査問診票

記入年月日：　　診療科：　　科

検査名：

患者氏名：　　殿　年齢：　　歳　体重：　　Kg

造影剤によるショック・副作用発生を防止する為、患者様に問診を行なっています。
下の質問について（□はい、□いいえ）のどちらかの□に印をつけてお答えください。

Ⅰ

１、喘息はありますか？　（□はい □いいえ）

２、食べ物によって蕁麻疹がでることがありますか？
（□はい（　　）□いいえ）

３、アレルギーと言われたことがありますか？
（□はい（　　）□いいえ）

４、甲状腺機能亢進症（バセドー氏病）と言われたことがありますか？　（□はい □いいえ）

５、今までに腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？（□はい □いいえ）

６、女性の方にお聞きします。
妊娠または妊娠の可能性はありますか、あるいは授乳中ですか？　（□はい □いいえ）

Ⅱ　今までに注射を受けたり薬を飲んだりした後、気分が悪くなったことがありますか？
（□はい □いいえ）

Ⅲ　今までに血管に注射をしてレントゲン写真を撮るような検査を受けたことがありますか？
（□はい □いいえ）

はい、と答えた方にお聞きします

１、蕁麻疹がでましたか？　（□はい □いいえ）

２、気分が悪くなりましたか？　（□はい □いいえ）

３、気が遠くなりましたか？　（□はい □いいえ）

４、その他、体の具合が悪くなりましたか？　（□はい □いいえ）

Ⅳ　あなたの両親、兄弟（姉妹）の方に気管支喘息、蕁麻疹、発疹などのアレルギーを起こし易い体質の方はおられますか？　（□はい □いいえ）

はい、と答えた方、あなたとの関係は？
父　母　兄　弟　姉　妹　その他（具体的に）

Ⅴ　その他
ビグアナイド系経口血糖降下剤（メトグルコ・メタクト・グリコラン・メデット・メトホルミン塩酸塩錠・メルビン・ネルビス・メトリオン・ジベトス・ジベトンＳ・塩酸ブホルミン錠など）は服用中ですか？
（□はい □いいえ）

判　定	造影　□ＯＫ　□ＮＯ
	Ｄｒサイン

ＣＴ造影剤説明書 兼 同意書

ＩＤ　　氏名　　殿　医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検査で詳しい画像情報を得るために、造影剤を使用して検査を行います。
造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬剤同様一定の頻度で､副作用が生じることがあります。
次に書かれていることをお読みの上、検査に同意していただけるようであれば、下記　同意書欄に自筆で署名し、検査当日までに職員にお渡し下さい。

１、軽い副作用　：　かゆみ　　発疹　　発赤　　悪心　　嘔気
　　これらの副作用は、１％前後の頻度で起こりますが、特に治療せず、検査当日でほぼ収まります。
２、重篤な副作用：　息苦しさ　嗄声　血圧低下（ショック）　意識消失　腎不全
　　これらの副作用は、０．０３％とわずかですが、入院のうえ治療が必要です。
　　他の多くの薬剤と同様に０．０００２５％の頻度で、死亡例の報告もあります。
３、遅発性副作用：　頭痛　嘔気　かゆみ　発疹　咳　冷や汗　動悸
　　これらの副作用は、検査後数時間から数日後に発生することがあります。

アレルギー体質の方、喘息の方は副作用の出現率が高くなる傾向にあります。
腎臓の悪い方、甲状線機能亢進症（バセドウ病）、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫の方は病状が悪化するおそれがあります、問診票に記入の上、主治医に申し出て下さい。
　※　問診の内容により検査を中止する場合もありますがご了承下さい。

併用薬剤について
　ビグアナイト系経口糖尿薬を飲んでいる方は乳酸アシドーシス（血液に異常）を来す可能性があります。
★主治医の判断の下、造影検査の前後４８時間 の休薬をお願いします。
★検査日の前々日（　/　）　～　翌々日（　/　）の計５日間）の休薬をお願いします。
　　※中止されていない場合は、検査を中止させていただくことがあります。

★造影検査では絶食が必要です。検査予約時間の４時間前から絶食。
★脱水予防のため、１８０ｍｌまでの飲水は検査直前まで可能です。
★予約票の造影剤使用の検査についてもお読み下さい。

造影剤の検査の必要性、危険性（副作用）をよく理解していただき別紙の問診票に記入し下記の同意書に自筆で署名して下さい。　内容に不明な点があればご質問下さい。

同意書

ＣＴ造影検査を依頼するにあたり、その必要性及び発現する可能性のある副作用、状況による方法の変更などについて説明を聞き十分に納得、了承しましたので、実施していただく事ことを同意します。

同意日　　年　　月　　日

本人　または　代理人署名