

F a x M R I ・ C T 撮影依頼

年 月 日

柏たなか病院

医療機関名： _____

医療連携室 宛て

担当医師： _____

FAX：04-7131-5696

TEL：04-7131-2000

依 頼 内 容	
ふりがな 患者氏名： _____ 様 男・女	生年月日 T・S・H・R 年 月 日生
病 名	
症 状	
検査目的	
読 影	要 ・ 不要
検査項目	MRI (造影有・無) / 検査部位 () (3T ・ 1.5T) CT (造影有・無) / 検査部位 ()
検査予約日時	; 年 月 日 時 分

- * 検査予約時間の30分前に受付を済ませてください。
- * MRI検査の方は、事前調査票の記入をお願いします。
- * 造影剤使用の検査予定の方は、造影検査事前調査表の記入をお願いします。

当院記入欄 (当院ID： _____)
<input type="checkbox"/> 診察予約 <input type="checkbox"/> 医師オーダー <input type="checkbox"/> CD-R依頼 <input type="checkbox"/> 読影依頼

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

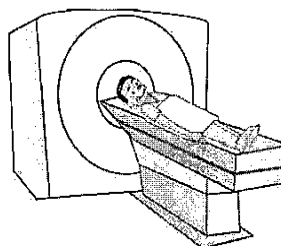
CT検査を受けられる方へ

患者番号： _____

様

あなたの検査日時は、 _____ から の予定です。
検査当日は、開始予定の30分前までに1Fで受付を済ませて
放射線科受付にいらしてください。
※緊急検査等により検査時間が前後する場合がありますので、ご了承ください。

CT検査とは、CT装置の中心にある大きな穴に体を入れて、
エックス線をあて、体の中の様子をコンピュータで処理し
画像化する検査です。主に体の輪切りの写真が撮影できます。



1. 検査前のご注意

- 金属は検査の妨げになることがありますので、ヘアピン、アクセサリ、時計、眼鏡などは
予めはずしておいてください。湿布等もはずしておいてください。
また、ボタンや金属のついた服は着替えていただくことがあります。
- ペースメーカーや除細動器装着の方は検査ができないことがあります。
- 妊娠している方または可能性のある方は事前に医師または看護師へ必ずお知らせください。
- お腹のCTの方は検査時間が午前中の方は朝食を食べないでください。
午後の方は昼食を食べないでください。
(服用中のお薬・水・お茶はお飲みいただけます。ジュースは×)

2. 検査中のお願い

- ベッドに仰向けに寝て、体の力をぬいてリラックスしてください。
- 検査時間は検査部位によって異なりますが、約5～30分程度です。
- 検査中は痛みをともないませんので、体を動かさないでください。
- 検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話できますので、ご安心ください。

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

柏たなか病院 〒277-0803 千葉県柏市小青田一丁目3番地2
電話番号 04-7131-2000 (代表) FAX 04-7131-2200

CT造影検査説明書

1, 造影剤について

造影剤とは経口で飲むものと血管に注射して血管やいろいろな臓器を見やすくするものがあり、病気の状態を判断するには大変有用な検査薬です。CT造影撮影ではヨード系造影剤を使用します。この造影剤は極めて安全な検査薬で、健康な方では12～24時間以内に腎臓から尿中に排泄されます。

2, 造影剤の副作用と合併症について

造影剤の副作用として注入直後から数分以内に生ずる即時型と、注入から1時間～数日後に発生する遅延型があります。全体の3%（100人に3人）に何らかの副作用の出現が報告されていますが、多くのものは熱感、かゆみ、発赤、蕁麻疹、咳、くしゃみ、嘔気、嘔吐などの軽度のもので治療を必要としません。時に冷や汗、血圧低下、呼吸困難、ショックなどの重篤な副作用も出現しますが、その頻度は0.1～0.01%（1000人に1人以下）です。極めて稀に（25～30万人に1人）重篤なショック後、死亡する報告もあります。

3, 緊急時の対応について

上記の副作用や合併症などを生じた場合には、担当の医師、スタッフが対応致します。必要な医薬品や救急用の医療器具も用意してあります。重篤な副作用が発現した場合には他科の医師も応援して対処致します。

4, 検査前に教えて頂きたいこと

現在のところ、副作用の発現について予測する確実な方法はありません。副作用発現の危険因子として造影剤副作用歴、アレルギー歴（特に喘息）、心臓疾患などがありますので別紙のCT造影検査問診表兼同意書にご記入下さい。クレアチニンの採血をする時があります。

5, 検査前の前処置について

造影検査を受ける場合は、検査直前の食事（午前は朝食、午後は昼食）を止めて頂きます。水分に関しての制限はありませんが検査前は水やお茶などとし、ヨーグルト、牛乳などの乳製品は避けて下さい。お薬は飲用・服用して構いません。

6, 検査後の生活について

造影検査後はいつもより多めに水分摂取を心掛けて下さい。お食事は通常通りの食事をされて結構です。時として1時間～数日後に発疹、悪心、めまい、胸中苦悶感などがする事があります。これらの症状が出現した場合はご連絡下さい。

7, 糖尿病のお薬について

糖尿病のお薬の塩酸メトホルミン（グリコラン・メデット・メルビン）は検査前2日分・検査後2日分内服を中止します。〔乳酸アシドーシス発現のリスクがあります。〕

8, その他

稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴う事があります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になりますのでお知らせ下さい。

- * 妊婦または妊娠している可能性のある方は申し出てください
- * この説明書はご本人が保管してください。

柏たなか病院 〒277-0803 千葉県柏市小青田一丁目3番地2
電話番号 04-7131-2000 (代表) FAX 04-7131-2200

CT造影検査問診表兼同意書

CT造影検査を行うにあたり

次の質問に該当する項目を口にチェック☑してください。

1. 以前にCT造影検査を受けたことがありますか? [はい□・いいえ□]
2. 今まで造影剤を使用した検査で、気分が悪くなった、発疹がでた、などの副作用が出たことがある方は、その内容をお書きください。
いつ頃 [検査中□・検査後□・数時間後□・その他□]
症 状 []
3. 本人・両親・兄弟で気管支喘息・アレルギー体質の人がいますか? [はい□・いいえ□]
該当者 [本人□・両親□・兄弟□]
アレルギー名 [気管支喘息□・ヨード□・その他□ ()]
4. 今までに、薬・注射で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか? [はい□・いいえ□]
薬品名・症状 []
5. 現在 服用中の薬がある。 [はい□・いいえ□]
薬品名 []
※糖尿病の方は必ず服用中のお薬名を書いてください
6. 現在 下記のような疾患がある。 [はい□・いいえ□]
※該当する方は、該当するものにチェック☑をつけてください。
[心臓□・腎臓□・甲状腺□・糖尿病□・その他□ ()]
7. 現在、妊娠または、授乳をしている。 [はい□・いいえ□]
8. この他に、何かご不明の点などがありましたらご記入下さい。

私は目的と方法、危険性について医師による説明を受け、柏たなか病院でCT造影検査を受けることを了承しました。

年 月 日

本人氏名または氏名代筆 _____ (才) 男・女 体重 _____ kg

代理人署名 _____

造影剤使用 (可□ ・ 不可□) _____ 医師サイン _____

以下は検査当日

8. 本日、上記の質問で変更または追加する項目はなく、特に体調に問題はありません。
_____ [はい□・いいえ□]

柏たなか病院 〒277-0803 千葉県柏市小青田一丁目3番地2
電話番号 04-7131-2000 (代表) FAX 04-7131-2200