

綾部市立病院 CT 検査依頼表

検査日 年 月 日 () 午後 時 分

患者様氏名	様 男 ・ 女
生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日生	歳
紹介病・院名	医師名

1. 目的の検査(○印をつけて下さい)

部位	方法	目的臓器、主訴、臨床経過、臨床診断
頭部	単純	
胸部		
上腹部	単純+造影	
骨盤部		
その他	造影	

【造影剤の安全確認】					
1、腎機能異常	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	4、アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
2、造影剤使用経験	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	5、喘息	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
3、造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	症状()		

2. 以下の項目についてご確認下さい。

1) 所見報告書の送付方法 (FAX ・ 郵送)

2) 画像提出方法 (CD-R ・ フィルム ・ 不要)

※CD-R はパソコンで閲覧できます

■おねがい ■

※本用紙を封筒に入れ、患者様にお渡しください。

また、検査依頼内容の事前確認のため、予約後、本用紙をFAX送付くださいますようお願い申し上げます。

※ご来院の際には保険証もご持参いただくようお願い申し上げます。

ID @PATIENTID
氏名 @PATIENTNAME
生年月日 @PATIENTBIRTH2 性別 @PATIENTSEXN
診療科名 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

綾部市立病院

造影CT検査予約票

(検査部位: #KENSAITEM)



あなたの検査予定日時は #KENSADATE2
午前・午後 時 分の予定です

■受付手順

- ①再来受付機に診察券を通す → ②診療科を選択 → ③(診察・検査)を選択 →
(午後予約の方は受付1番へお越し頂き、診療科の受付をして下さい。)
- ④受付票を受け取り、27番(検査・放射線受付)に受付票と予約票を提出してください

⇒ 検査時間は10分～20分前後です

■食事の制限があります (朝食を絶食・昼食を絶食)

※飲水制限はありません。水分は十分に摂っておいてください。

■お断り

1. 緊急の患者さまや、前者の検査状況により順番が前後し、予定時間より遅れる場合があります。
2. 装置の整備点検には万全を期しておりますが、万一不備が発生した場合は遅延が発生することがあります。ご了承ください。

■お願い

ご都合により検査に来られない場合は必ず検査・放射線受付までご連絡下さい。

綾部市立病院 放射線科

TEL 0773-43-0123 (内線127)

造影剤を用いたCTやDIP検査を受けられる患者さまへ

あなたの病気の診断をより確実に進める為に、今回の検査にはヨード系の造影剤を注射します。多くのかたに熱感が生じますが軽度であり、すぐに消えますので心配ありません。それ以外には、ほとんどの方はなんら影響がありませんが、患者様の病状や体質によってはまれに副作用を生じる場合もあります。主な症状は、発疹、じんましん、かゆみなどの皮膚障害(0.64%)、はきけ、嘔吐、腹痛、下痢などの消化管障害(0.90%)などが報告されています。万が一、副作用が起こったときにはすぐに適切な処置ができるよう万全の準備をしておりますので、検査中もしくは検査後に異常を感じたらすぐに申し出て下さい。ほとんどは何もしなくても治まりますが、程度の強い時には投薬する場合があります。また検査後数時間たってから上記のような症状が出る(遅発性副作用)場合もあるので、その時は病院に電話して下さい。

綾部市立病院 0773-43-0123

2013年5月1日作成
2018年10月4日改訂

----- 切り取り線 -----

以下の状態や病気がある場合、原則、造影検査を行うことはできません。当てはまるものがあれば数字を○で囲んで下さい。

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1. ヨードやヨード造影剤に過敏症の既往歴 | 8. 重篤な肝障害 |
| 2. 重篤な甲状腺疾患 | 9. マクログロブリン血症 |
| 3. 気管支ぜんそく | 10. 多発性骨髄腫 |
| 4. 重篤な腎障害 | 11. テタニー |
| 5. アレルギーを起こしやすい体質や家系 | 12. 褐色細胞腫 |
| 6. 薬物過敏症の既往歴 | 13. 妊婦、産婦、授乳婦 |
| 7. 重篤な心疾患 | |

以下の質問について、「はい」か「いいえ」の当てはまるほうを○で囲んで下さい。

- | | |
|---------------------------------|--------------|
| 1. 以前に造影検査（CT、DIP）をした事がある。 | （ はい ・ いいえ ） |
| 2. その時またはその後に、上に挙げた副作用が出た事がある。 | （ はい ・ いいえ ） |
| 3. 今までにアルコール消毒で皮膚がかぶれたことがありますか？ | （ はい ・ いいえ ） |
| 4. 糖尿病の薬を飲んでいますか？ | （ はい ・ いいえ ） |
| →糖尿病の薬を飲んでいる場合は薬剤名を書いて下さい。 | 薬剤名() |

< 承諾書 >

以上の問診票の意義及び検査の必要性・危険性について、担当医の説明を理解し納得致しましたので、今後の造影CT検査・DIP検査を受けることを承諾します。

年 月 日

患者 署名 _____

(保護者 署名 _____)

担当医 署名 _____