

# CT検査を受けられる方へ (患者さま用)

予定日 年 月 日 ( 曜日) 時 分～

受診者情報	様 男・女 (フリガナ ) 年 月 日生( 才)	紹介元医療機関名及び紹介医氏名 施設名： 医師名： 連絡先：
	造影剤の使用 無(単純CT)・有(造影CT)  検査依頼の前に以下の点ご確認ください ①ペースメーカの有無 無・有 ②妊娠の有無 無・有 ③その他注意事項などあればご記入ください	検査部位(内容) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 整形領域(右・左 関節) <input type="checkbox"/> CTAngio(部位： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

※上腹部及び下腹部の方は3時間前に絶飲食をお願いします。

## ～検査について～

- \*CT検査はX線とコンピュータを使用して体内の特定部位を撮影する検査です。
- \*検査中は安静にしたまま横になっていただきます。  
(検査内容により検査時間は異なりますが、目安は5分～15分です。具体的な時間は担当技師にご確認ください。)
- \*ペースメーカを挿入されている方は検査前に担当技師にお伝えください。
- \*ドームの中に入る検査なので、閉所が苦手な場合は申し出てください。
- \*検査時は検査着に着替えをお願いします。ご協力をお願いします。
- \*下記に該当する場合、検査はできませんので依頼元の医師にお伝えください。  
☆妊娠中またはその可能性がある。  
☆(腹部領域のCTを受けられる方)検査前4日以内にバリウム検査がある。

## ～検査当日～

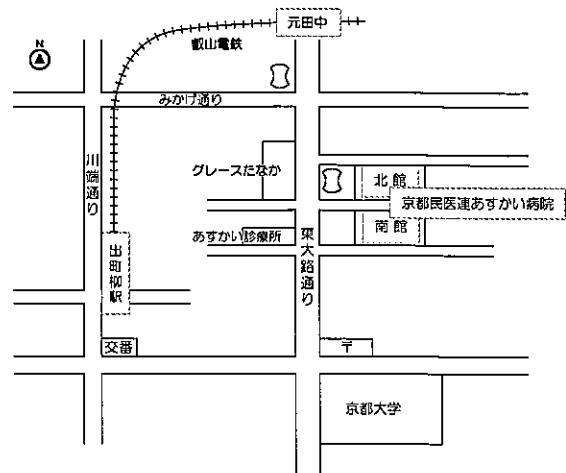
- \*この用紙と渡された書類一式と保険証をお持ちいただき、あすかい病院南館1階の総合受付にお越しください。(検査予定時刻の20分前までに受付をお済ませください)

## ～その他～

- \*検査日等の変更・キャンセルは下記までご連絡ください。  
■検査前日：紹介元医療機関 ■検査当日→あすかい病院代表(075-701-6111)
- \*検査についてご不明な点がございましたら、あすかい病院代表にご連絡ください。

公益社団法人 信和会  
**京都民医連あすかい病院**  
〒606-8226  
京都市左京区田中飛鳥井町89  
**TEL 075-701-6111**

市バス「飛鳥井町」バス停下車徒歩3分  
京阪電車「出町柳」から徒歩15分



# CT検査依頼書〔兼診療情報提供書〕（あすかい病院宛）

予定日 年 月 日（曜日） 時 分～

受診者情報	様 男・女 (フリガナ )	紹介元医療機関名及び紹介医氏名 施設名： 医師名： 連絡先：
	年 月 日生(才)	
造影剤の使用	無(単純CT)・有(造影CT)	検査部位(内容) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 整形領域(右・左 関節) <input type="checkbox"/> CTAngio(部位： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
検査依頼の前に以下の点ご確認ください		
①ペースメーカーの有無 無・有		
②妊娠の有無 無・有		
③その他注意事項などあればご記入ください		

※造影検査を申込みされる場合は、血液データ等の記載及び同意書をお願いします。

※腹部・胸腹部の検査では、検査3時間前までにお食事を済ませてください。

検査指示詳細	当院ルーチン検査を基本に検査を行います。(特別な依頼内容がある場合などにご記入ください)
臨床診断	
臨床経過(検査目的)	
造影剤使用時にご記入ください。(造影時必須)	
■気管支喘息の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
■アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
■過去に造影剤による副作用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
■腎臓の病気、腎機能低下の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
*クレアチニン値測定 (1ヶ月以内に測定した値)	mg/dl (測定日： / )
*e-GFR値測定 (1ヶ月以内に測定した値)	ml/min (測定日： / )
■ビグアナイド系経口血糖降下剤〔メドット・メルベン・メドグルコ・グリコラン等〕の服用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<u>※上記薬剤服用中の方は、検査の2日前から検査後48時間の期間中服用を中止してください。</u>	
■水分摂取制限の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
■その他(造影剤使用に関して注意事項があれば記入ください)	
*希望する画像提供方法について	提供用CD-R作成者(あすかい病院で記載)
CD-R ( <input type="checkbox"/> 当日受診者に手渡し希望 <input type="checkbox"/> 後日、読影結果と一緒に郵送希望)	
*フィルムでの提供は行っていません	

# CT検査依頼書〔兼診療情報提供書〕(依頼院所控え)

予定日 年 月 日 ( 曜日) 時 分〜

受診者情報	様 男 ・ 女 (フリガナ ) 年 月 日生 ( 才)	紹介元医療機関名及び紹介医氏名
		施設名 : 医師名 : 連絡先 :
造影剤の使用 無(単純CT)・有(造影CT)		検査部位(内容)
検査依頼の前に以下の点ご確認ください		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部
①ペースメーカーの有無 無・有		<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)
②妊娠の有無 無・有		<input type="checkbox"/> 整形領域(右・左 関節)
③その他注意事項などあればご記入ください		<input type="checkbox"/> CTAngio(部位: )
		<input type="checkbox"/> その他 ( )

※造影検査を申込みされる場合は、血液データ等の記載及び同意書をお願いします。  
※腹部・胸腹部の検査では、検査3時間前までにお食事を済ませてください。

検査指示詳細	当院ルーチン検査を基本に検査を行います。(特別な依頼内容がある場合などにご記入ください)
臨床診断	
臨床経過(検査目的)	
造影剤使用時にご記入ください。(造影時必須)	
■気管支喘息の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
■アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
■過去に造影剤による副作用の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
■腎臓の病気、腎機能低下の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
*クレアチニン値測定 (1ヶ月以内に測定した値)    mg/dl (測定日: / )	
*e-GFR値測定 (1ヶ月以内に測定した値)    ml/min(測定日: / )	
■ビグアナイド系経口血糖降下剤[メドット・メルベン・メドグルコ・グリコラン等]の服用の有無	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
*上記薬剤服用中の方は、検査の2日前から検査後48時間の期間中服用を中止してください。	
■水分摂取制限の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
■その他(造影剤使用に関して注意事項があれば記入ください)	
*希望する画像提供方法について	提供用CD-R作成者(あすかい病院で記載)
CD-R ( <input type="checkbox"/> 当日受診者に手渡し希望 <input type="checkbox"/> 後日、読影結果と一緒に郵送希望)	
*フィルムでの提供は行っていません	

# CT検査での造影剤の説明・同意書

患者氏名： 様 ID ( ) 生年月日：

説明日： 以下の通り、説明いたしました。

説明医師名： 同席者： 無 有

検査予定日：

## 1) 方法、目的

より詳しく調べるために、「造影剤」という薬を静脈(多くの場合は腕)に注射して検査を行います。

## 2) 合併症

造影剤(ヨード製剤)の成分により、以下の副作用が起こることがあります

①軽い副作用:頭痛、嘔吐、かゆみ、動悸、じんましん、くしゃみ など

(約40人に1人:2.5%) \* 基本的に治療を要することはありません

②重い副作用:呼吸困難、肺水腫、ショック、けいれん など

(約2500人に1人:0.04%)

\*このような副作用は通常治療が必要であり、後遺症が残る可能性があります。そのため、場合によっては入院や手術が必要なこともあります

③死亡:約50万に1人

④遅発性の副作用:検査終了後、数時間から2~3日後に全身のだるさ、湿疹、全身の発赤など

☆下記の疾患のある方は、副作用を生じる可能性がやや高くなります。

検査を安全に施行するために、あてはまる□にチェックをしてください。

・喘息(ぜんそく) ある ない

・薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがある ある ない

(具体的に: )

・甲状腺の病気 ある ない

・腎臓の病気 ある ない

・造影剤で副作用がでた経験がある ある ない

・ビグアナイド系経口血糖降下剤(メグレット、メルビンなど)を服用 服用中 していない

\*服用している方は、検査2日前から検査後48時間まで服用を中止してください。

☆まれに血管外に造影剤が漏れ痛みを伴うことがあります。多くの場合は時間の経過により吸収され心配ありませんが、漏れた量が非常に多い場合は適切な処置が必要となります。

☆造影剤は尿より排出されます。検査終了後は十分な水分摂取を心がけてください。

よく理解していただきましたら、以下に署名をお願いいたします。

なお、同意を拒否されても、また直前に同意を取り消しされても、診療上の不利益を受けることはありません。

京都民医連あすかい病院 院長殿

上記の説明を受け、その内容について、わかりました。納得して同意します。

20 年 月 日

患者本人

患者代理人

続柄

同席者

続柄