

CT検査をお受けになる患者様へ

依頼元:

予約日時: 令和 年 月 日 時 分

氏名: 様

受付について

- ◎ 予約時間の20分前には受付をお願いします。
- 受付後に各科外来にて検査についての説明をいたします。
- キャンセル又は予約時間に来院できない場合は早めに下記へご連絡ください。

食事について

- ◎ 造影剤を使用して検査をする場合は検査前食事(午前:朝食・午後:昼食)はできません。

【腹部の検査の方】

午前検査 : 前日の21:00(午後9時)以降は食事を控えてください。
お茶または水は飲んで構いません。

午後検査 : 当日の8:00までは食事をしてもかまいませんが、軽食をお願いします。

【腹部以外の検査の方】

食事を制限する必要はありません。

内服について

- ◎ 定期のお薬は必ず飲んでください。
ただし、朝食を摂らずに検査を受けられる方で「糖尿病のお薬を飲まれている方」「インシュリン使用中の方」は、当日の朝は内服・注射しないでください。
- ◎ 造影検査の方で、糖尿病のお薬(グリコラン・メルビン・ネルビス・メディト・メトリオン・メトグルコ・メトホルミン塩酸塩錠・ジベトス・ジベトンS腸溶錠)を飲んでおられる方は、「検査前2日間」「当日」「検査後2日間」計5日間休薬が必要となりますので主治医・看護師にご相談ください。

放射線被ばくについて

- 検査に伴う放射線被ばく(5~80mSv/回)がありますが、検査で得られる情報や治療につながる有益性が被ばくりスクを上回るように、線量を100mSv未満におさえ質の高い医療を提供するように努めます。

下記には申し出てください

- ◎ 血糖を測定する装置を身体に付けている方

検査について

- 原則として予約時間内に検査をいたします。
- ◎ 救急患者の緊急検査を行う場合には、お待たせする事もございますのでご了承ください。

造影検査後の注意

- ◎ 造影剤を注射した後は、水やお茶などの水分をいつもより多く飲んでください。
- ◎ 帰宅されてから、「蕁麻疹」「吐き気」「頭痛」「息苦しさ」等の症状が出たときは当院に連絡してください。
- ◎ 造影剤を使用された方は母乳中に移行しますので、3日間は授乳しないで下さい。

CT 検査依頼書

（フリガナ） 患者氏名	様 [男・女]		
生年月日	大・昭 平・令	年	月 日 [歳]
住所			電話番号
保険情報	[本人・家族]		負担割合 (1割・2割・3割)
	保険者番号		記号番号
検査予約	公費	負担者 番号	受給者 番号
	<input type="checkbox"/> 単純撮影 ・ <input type="checkbox"/> 造影 (造影: <input type="checkbox"/> 門脈相のみ ・ <input type="checkbox"/> 3相) <small>eGFR 45未満は造影禁忌です。45～60は注入量を2割減らします。</small>		
	検査部位 : 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤腔 ※腹部は肝～腎 その他 : 【 】		
	読影依頼 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	第1希望検査日時 [月 日 時 分] 第2希望検査日時 [月 日 時 分]		
	確定 検査日時 [月 日 時 分] <small>※受付は検査時間の20分前にはお越してください</small>		
診療情報	【検査目的】		【臨床診断】
現在の処方			

※令和2年4月より、放射線被ばくの正当化・依頼内容の最適化を患者様へ説明義務があります。

説明済み

ご依頼元	貴院名 :
	医師名 :
	TEL/FAX:

医療法人 寺尾会 寺尾病院

TEL:096-272-0601

FAX:096-273-2759

造影 CT 検査 問診票・同意書

患者氏名		体重	kg
生年月日	T・S H・R 年 月 日	年齢	歳

1. 造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【MRI・CT・血管造影・その他()】			
有の方、副作用はありましたか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【発疹・吐き気・嘔吐・その他()】			
2. 甲状腺・腎臓・肝臓・心臓の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【 】			
3. 糖尿病薬をお飲みですか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【 】			
4. 気管支喘息と診断されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
5. アレルギー性の病気がありますか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【皮膚炎・アトピー・蕁麻疹・その他()】			
6. 食物アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【卵・海藻・その他()】			
7. 薬のアレルギーありますか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有【かぜ薬(ピリン系)・抗生物質・その他()】			
8. 両親、兄弟に上記4～7の方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる【どなた()】			
9. 現在、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
採血日		Cr(クレアチニン)	mg/dl	eGFR	ml/min/1.7

【使用目的】

造影剤を血管内に注入をすることで、より詳しい情報を得るために使用します。

【副作用】

発生率は約3%程度とまれですが、以下のような症状が出ることがあります。

1. 過敏症状皮膚症状 かゆみ・皮膚が赤くなる・発疹
 消化器症状 気分不良・吐き気・腹痛
 循環器症状 血圧低下・動悸・血管痛

2. 神経系 頭痛・めまい・ふらつき

3. その他 呼吸困難・アナフィラキシー様症状 (0.04%程度)

大半は注入直後から症状がでますが、まれに24時間以上経過してから症状が出る場合もあります。

重篤な場合、死亡することもあります。

【副作用に対する対応】

副作用が出ても、大半の方が軽度で、経過観察だけで改善されますが、症状によっては、薬を注射することがあります。また、重篤な場合は、入院の上、特別な治療を要することもあります。

【造影剤の血管外への漏れ】

造影剤を血管内に注入する際、血管の外に漏れる場合があります。

【その他】

検査の進行状況や救急患者の緊急検査などにより予約時間通りにできない場合もあります。

同 意 書

十分な説明を受け、内容を理解しましたので、実施に同意いたします。また、検査中に緊急または予測外の処置をする必要性が生じた場合に、適切な処置をされる事について同意いたします。

令和 年 月 日 ご署名 _____
 (代理人の場合は続柄: _____)

※検査時、副作用の危険性が高いと判断した場合、造影検査ができない場合があります。

使用薬剤

・非イオン性尿路・血管造影剤(尿路・CT用)		貴院名:
イオパミドール300注シリンジ 100ml	<input type="checkbox"/>	医師名:
オムニパーク300注シリンジ 125ml	<input type="checkbox"/>	TEL/FAX:

令和 年 月 日 寺尾病院医師 _____