

**書類一式**

- ① ご紹介造影 CT 検査の書類と手順について
- ② 高梁中央病院 CT・MRI 検査・患者情報提供書 (FAX 用)  
患者様情報・紹介元施設情報等ご記入後、FAX をお願い致します。
- ③ CT 検査依頼書  
患者情報・検査内容等ご記入お願い致します。
- ④ CT 検査予約表  
CT 検査前注意事項等の説明用 (患者様用) にお使いください。
- ⑤ 造影剤使用同意書  
造影検査のご依頼の場合は、紹介元施設にて患者様に造影剤同意書をご記入いただき造影検査施行可能となりましたら、紹介元医師署名をご記入の上ご持参ください。  
当院においても再度、医師により造影検査説明を行います。
- ⑥ 造影 X 線検査 (CT・DIP など) 受けられる方への説明  
CT 造影剤副作用の説明用 (患者様用) にお使いください。

**ご持参いただくもの**

紹介状

保険証

③CT 検査依頼書

⑤造影剤使用同意書

**手順**

放射線科へ電話にて予約取得	TEL ( 0866 ) 22 - 3636	放射線科内線 1530
↓		
高梁中央病院受付へ②を FAX	FAX ( 0866 ) 22 - 0536	
↓		
検査当日		
必要書類 (紹介状、保険証、③、⑤など) 持参の上、来院受付		
↓		
診察、検査		
↓		
画像データ (CD-R ) お渡し、会計		
↓		
後日所見郵送		

※頭部 CT・MRI 検査は、所見の関係で画像検査のみの受付はしておりません。当院脳神経外科に直接ご紹介ください。何かご質問等ございましたら下記までご連絡ください。  
お手数かと思いますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

## 高梁中央病院 CT・MRI 検査・患者情報提供書(FAX用)

## 患者様情報記入欄

フリガナ 氏名	
_____	
生年月日	性別
T・S・H・R 年 月 日	男・女
電話番号(自宅)	
TEL _____	

紹介元医療機関名
_____
ご担当医師名
_____

検査日時
年 月 日 ( )
AM・PM 時 分 から
検査区分
CT MRI

医療法人 清梁会 高梁中央病院  
〒716-0033 岡山県高梁市南町53番地  
TEL( 0866 ) 22 - 3636  
FAX( 0866 ) 22 - 0536

よろしければ保険情報の提供もお願い致します  
※個人情報の取り扱いにはご注意ください

# CT 検査依頼書

氏名： \_\_\_\_\_ (M・F)

生年月日： T・S・H・R 年 月 日

## 検査日時

令和 年 月 日 午前・午後 時 分

## 検査部位

- 顔面部 (眼窩・副鼻腔)
- 頸部
- 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)
- 胸部
- 腹部 (肝・胆・膵・脾・腎)
- 骨盤腔
- 四肢 ( )
- その他 ( )

## 単純・造影

目的 (なるべく詳しくお願いいたします)

※検査終了後 CD-R をお渡しします。

フィルム

(フィルムが必要な場合チェックを入れて下さい)

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_ 先生

所在地 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

# CT検査予約表

様

あなたの検査は

年 月 日 曜日

午前・午後 時 分 からです。

※ 検査30分前には、受付をすませて下さい。

検査名	注意事項
腹部単純CT 造影CT	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 検査2時間前( 時以降)は絶食してください。</li> <li>* 検査前の食事(朝食・昼食)は軽めにしてください。</li> <li>* 検査前後ともに水分(水またはお茶のみ)は十分に摂ってください。</li> </ul>
胸部単純CT 頭部単純CT その他CT	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 食事制限・水分制限ともにありません。</li> <li>* 水分は水またはお茶のみにしてください。</li> </ul>

検査の内容等で予約時間が前後することがあります。

あらかじめご了承ください。

ご不明な点や予約日時の都合が悪くなった時、予約時間に遅れる場合には下記までご連絡ください。

医療法人 清梁会 高梁中央病院 放射線科

TEL:(0866)22-3636 内線:1530

(月曜～土曜 午前8時～午後5時)

問診日: 年 月 日

有効期日: 年 月末日迄(7ヶ月)

造影剤を体内に投与して検査を致しますが、この造影剤による副作用として、かゆみ・じんましん・くしゃみ・吐き気・嘔吐、また、まれにショックなどが起こることがあります。この副作用を予知するために、以下の質問にお答えください。

I : アレルギー体質やアレルギーの病気はありますか？

- なし  あり
- 喘息  じんましん  アトピー性皮膚炎  食物に対するアレルギー
- アレルギー性鼻炎  飲み薬・注射薬に対するアレルギー
- その他( )

II : 今まで造影剤の注射を用いて検査をしたことがありますか？

- なし  あり
- CT  MRI  血管造影  尿路造影
- 胆嚢(胆管)・膵管造影  その他( )

①いつ頃ですか？( )

②その時に副作用はありましたか？  なし  あり

- じんましん  発赤  吐き気  嘔吐  咳  呼吸困難
- ショック  その他( )

③それに対し、特別な処置を受けましたか？

- いいえ  はい( )

月日	
検査名	
造影剤	
使用量	
異常の有無	
測定時間(検査後)	
血圧	
脈拍	
看護師名	

III : 現在心臓病や腎臓病がありますか？

- いいえ  はい(  心臓  腎臓 )

IV : 家族の方に、I・II・IIIに該当するようなことがありますか？

- いいえ  はい( )

※ビグアナイド系糖尿病治療薬剤(メトグルコなど) 服用  なし  あり

※ Cr: \_\_\_\_\_ eGFR: \_\_\_\_\_

V : ご本人または家族の方は検査内容・方法および検査に伴う危険性・合併症についての医師からの説明を十分に理解し、造影剤使用に同意されますか？

- はい  いいえ

年 月 日

ご本人

署名

又は、ご家族

署名

VI : 当同意書により、同意書有効期限内における、造影剤使用の同意・承諾を得たものとします。

以下 医師記入

VII : 上記を確認した上での造影剤使用

<input type="checkbox"/> 可			
<input type="checkbox"/> 通常の使用量による	造影剤使用量確認指示の上署名	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 使用量を別途指示( )ml			
<input type="checkbox"/> 造影前処置指示( )	紹介元医師署名		

<input type="checkbox"/> 可			
<input type="checkbox"/> 通常の使用量による	造影剤使用量確認指示の上署名	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 使用量を別途指示( )ml			
<input type="checkbox"/> 造影前処置指示( )	当院医師署名		

- 特に造影剤使用量制限(小児の場合など)及び、特殊造影剤(プリモビスト等)使用の場合は検査依頼時に必ずその旨をカルテに記入して検査オーダーを出してください。
- 同意書有効期限内であっても、重大な腎臓及び心臓疾患の起こった場合は、再度問診・同意承諾のうえ指示を出してください。

## 造影X線検査（CT・DIPなど）受けられる方への説明

### 1. 造影X線検査とは

造影X線検査とは、ヨードを含む薬（造影剤）を血管内に注射しながら行うX線検査です。造影X線検査には、造影CT検査・排泄性尿路造影（DIP）等が含まれます。造影剤を使用することにより、病変の存在や性状などが詳しく描出され、診断に大変役立ちます。

### 2. 造影剤の副作用

検査に際しては、その時点での症状や以前にかかった病気、家族の方がかかった病気などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後しばらくしてから下記のような副作用症状が起きることがあります。

軽い副作用（頻度は約3～5%以下）：

吐き気・嘔吐・頭痛・めまい・じん麻疹・発疹・かゆみ・手足のむくみ・発熱・せきなど

重い副作用（頻度は約2500人に1人）：

まれにショックやアナフィラキシー様反応（例えば呼吸困難や血圧低下）

以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強く出る場合もあり、造影検査を行わないことがありますので、必ず同意書のご記入をお願いいたします。

- A. 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことがある方
- B. 気管支喘息などのアレルギー性疾患のある方
- C. ほかの薬剤過敏症やじん麻疹などのアレルギー歴のある方

### 3. 副作用の予知について

初めて造影検査を受けられる方、また今までに造影剤による症状を起こしたことがない方が、今回の造影検査で副作用を起こすかどうかを予め調べる方法は現在のところありません。

注：以上の説明でご不明な点は担当医師または下記にお問い合わせください。

### 造影X線検査（CT、DIPなど）を受けられた方へ

造影検査終了後に遅れて軽い副作用がみられる場合があります（遅発性副作用）。症状が出るのは検査後1時間程度から数日後まで幅があり、造影検査を受けられた方の約8%に認められます。遅発性副作用は一般に軽い症状が多く、頭痛、吐き気、めまいなどの主観的な症状と、発疹、かゆみ、じん麻疹などの皮膚的症状が中心で、治療を必要とするものは少ないとされています。多くは検査後数時間以内に発生し、症状出現後数時間以内に消失します。皮膚症状ではやや遅れる傾向にあり、数日後にみられる場合もあります。きわめてまれですが、ショックやアナフィラキシー様反応（例えば呼吸困難や血圧低下）などの重い副作用が遅れて出る場合があることも報告されています。検査終了後、数時間から数日後に遅延性副作用が現れた場合は、早めに高梁中央病院までご連絡ください。時間外（夜間）休日でも日当直医が対応いたします。

医療法人 清梁会 高梁中央病院 放射線科

TEL: (0866)22-3636 内線:1530(月曜～土曜 午前8時～午後5時)