

C T 検査依頼書 (患者様用)

医療機関名	検査日時 年 月 日 午前・午後 時 分			
	フリガナ氏名	さま 男・女		
主治医				
電話 () -	生年月日	年 月 日	生	歳

C T 検査 (コンピュータ断層診断) について

C T 検査を安心して受けていただくための簡単な説明です。

検査を受けるにあたってお読み下さい。

※検査15分前にお越し下さい。

<事前の注意事項>

1. 腹部の検査や造影剤を使う検査は、絶食 (午前の検査は朝食、午後からの検査は昼食) でお越し下さい。医師の指示があった場合は、それに従って下さい。
2. 服用中のお薬は、医師からの指示がない限り通常通り服用して下さい。
3. 次のような方は検査ができない場合があります。必ず事前にお知らせ下さい。
 - ・妊娠中もしくは妊娠している可能性のある方。
 - ・心臓ペースメーカーを体内に入れている方。
 - ・1週間以内に胃・腸などのバリウムによるX線検査を受けられた方。

<検査前の準備>

1. 金属は検査の妨げになりますので、検査の範囲内に金属がある場合は、取り外して下さい。
 - ・貴金属、時計、指輪、ネックレス、イヤリング、ヘアピン、眼鏡、カラーコンタクトレンズ、補聴器、入れ歯など (カラーコンタクトレンズを外す場合は、ケースと洗浄液をご持参いただくか、眼鏡での来院をお願いいたします)
 - ・金属のついている下着、衣類 (検査着に着替えていただきます)
 - ・化粧品 (マスカラ等) の中には金属を含んでいるものがあるため、化粧を落としていただくことがあります。
2. 個人によって検査内容が違いますので、予約の時間が前後することがあります。

<検査開始、検査中のお願い>

1. C T 装置の検査台に寝て、体の力を抜いてリラックスして下さい。
2. 検査時間は目的や部位によって異なりますが、通常5~20分くらいです。
3. 検査中は痛みを伴いませんので、動かないようにして下さい。
4. 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、安心して下さい。
5. 検査によってC T用の造影剤 (部位をはっきり写す目的に使用) を静脈から注射する場合があります。副作用は極めて少ない薬ですが、検査中、万が一気分が悪くなった場合はお知らせ下さい。



〒604-8401

京都市中京区七本松通丸太町上ル

医療法人社団 洛和会
洛和会丸太町病院

TEL 075(801)0351(代)

【放射線部】(内線1111)

C T 検査紹介状 (洛和会丸太町病院控え)

医療機関名	検査日時 年 月 日 午前・午後 時 分															
主治医	フリガナ氏名 さま 男・女															
電話 () -	生年月日 年 月 日生 歳															
＜臨床診断名＞																
＜現病歴・臨床経過＞ ※比較画像がある場合は、記載をお願いいたします。 年 月【CT・MRI】(当院で撮影した画像に限らせていただきます)																
＜検査目的・特別指示など＞																
＜検査部位＞※該当項目にチェックをお願いいたします。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頭 部</td> <td><input type="checkbox"/> 頸 部</td> <td><input type="checkbox"/> 胸 部</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 上腹部</td> <td><input type="checkbox"/> 下腹部</td> <td><input type="checkbox"/> 胸 部 (肺野低線量)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脊 椎 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 四 肢 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 全腹部</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 副鼻腔</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 胸 部 (肺野低線量)	<input type="checkbox"/> 脊 椎 ()	<input type="checkbox"/> 四 肢 ()	<input type="checkbox"/> 全腹部			<input type="checkbox"/> 副鼻腔			
<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 胸 部														
<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 胸 部 (肺野低線量)														
<input type="checkbox"/> 脊 椎 ()	<input type="checkbox"/> 四 肢 ()	<input type="checkbox"/> 全腹部														
		<input type="checkbox"/> 副鼻腔														
＜撮影手技＞ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 単 純</td> <td><input type="checkbox"/> 単純・造影</td> <td><input type="checkbox"/> Dynamic</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 単 純	<input type="checkbox"/> 単純・造影	<input type="checkbox"/> Dynamic												
<input type="checkbox"/> 単 純	<input type="checkbox"/> 単純・造影	<input type="checkbox"/> Dynamic														
＜画像出力＞ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ファイルムのみ</td> <td><input type="checkbox"/> CDRのみ</td> <td><input type="checkbox"/> ファイルム+CDR両方</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> ファイルムのみ	<input type="checkbox"/> CDRのみ	<input type="checkbox"/> ファイルム+CDR両方												
<input type="checkbox"/> ファイルムのみ	<input type="checkbox"/> CDRのみ	<input type="checkbox"/> ファイルム+CDR両方														
＜造影検査の場合稀にヨード造影剤の副作用が出る場合がありますのでご説明および腎機能検査をお願いします＞ ※該当項目にチェック・ご署名下さい。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 喘 息</td> <td><input type="checkbox"/> アレルギー ()</td> <td><input type="checkbox"/> 心疾患 ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腎疾患</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬を服用 (検査日前後 48時間休薬)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 過去にヨード系造影剤で具合が悪くなった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腎機能 eGFR ()</td> <td>CRE ()</td> <td>BUN ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 授乳中 (造影剤投与後48時間授乳中止) (年 月 日のデータ)</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">造影剤使用に関し説明をしました。 主治医 _____</p> <p style="text-align: right;">造影剤使用に関し同意をしました。 患者様署名 _____</p>		<input type="checkbox"/> 喘 息	<input type="checkbox"/> アレルギー ()	<input type="checkbox"/> 心疾患 ()	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬を服用 (検査日前後 48時間休薬)		<input type="checkbox"/> 過去にヨード系造影剤で具合が悪くなった			<input type="checkbox"/> 腎機能 eGFR ()	CRE ()	BUN ()	<input type="checkbox"/> 授乳中 (造影剤投与後48時間授乳中止) (年 月 日のデータ)		
<input type="checkbox"/> 喘 息	<input type="checkbox"/> アレルギー ()	<input type="checkbox"/> 心疾患 ()														
<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬を服用 (検査日前後 48時間休薬)															
<input type="checkbox"/> 過去にヨード系造影剤で具合が悪くなった																
<input type="checkbox"/> 腎機能 eGFR ()	CRE ()	BUN ()														
<input type="checkbox"/> 授乳中 (造影剤投与後48時間授乳中止) (年 月 日のデータ)																

C T 検査紹介状 (依頼医療機関様控え)

医療機関名	検査日時	年	月	日	午前・午後	時	分															
主治医	フリガナ 氏名	さま 男・女																				
電話 () -	生年月日	年	月	日	生	歳																
<臨床診断名>																						
<現病歴・臨床経過> ※比較画像がある場合は、記載をお願いいたします。 年 月【CT・MRI】(当院で撮影した画像に限らせていただきます)																						
<検査目的・特別指示など>																						
<検査部位>※該当項目にチェックをお願いいたします。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頭 部</td> <td><input type="checkbox"/> 頸 部</td> <td><input type="checkbox"/> 胸 部</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 上腹部</td> <td><input type="checkbox"/> 下腹部</td> <td><input type="checkbox"/> 胸 部 (肺野低線量)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脊 椎 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 四 肢 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 全腹部</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 副鼻腔</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 胸 部 (肺野低線量)	<input type="checkbox"/> 脊 椎 ()	<input type="checkbox"/> 四 肢 ()	<input type="checkbox"/> 全腹部			<input type="checkbox"/> 副鼻腔			
<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 胸 部																				
<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 胸 部 (肺野低線量)																				
<input type="checkbox"/> 脊 椎 ()	<input type="checkbox"/> 四 肢 ()	<input type="checkbox"/> 全腹部																				
		<input type="checkbox"/> 副鼻腔																				
<撮影手技> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 単 純</td> <td><input type="checkbox"/> 単純・造影</td> <td><input type="checkbox"/> Dynamic</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 単 純	<input type="checkbox"/> 単純・造影	<input type="checkbox"/> Dynamic												
<input type="checkbox"/> 単 純	<input type="checkbox"/> 単純・造影	<input type="checkbox"/> Dynamic																				
<画像出力> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ファイルムのみ</td> <td><input type="checkbox"/> CDRのみ</td> <td><input type="checkbox"/> ファイルム+CDR両方</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> ファイルムのみ	<input type="checkbox"/> CDRのみ	<input type="checkbox"/> ファイルム+CDR両方												
<input type="checkbox"/> ファイルムのみ	<input type="checkbox"/> CDRのみ	<input type="checkbox"/> ファイルム+CDR両方																				
<造影検査の場合稀にヨード造影剤の副作用が出ることがありますのでご説明および腎機能検査をお願いします> ※該当項目にチェック・ご署名下さい。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 喘 息</td> <td><input type="checkbox"/> アレルギー ()</td> <td><input type="checkbox"/> 心疾患 ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腎疾患</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬を服用 (検査日前後 48時間休薬)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 過去にヨード系造影剤で具合が悪くなった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腎機能</td> <td>eGFR ()</td> <td>CRE () BUN ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 授乳中 (造影剤投与後48時間授乳中止) (年 月 日のデータ)</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">造影剤使用に関し説明をしました。 主治医 _____</p> <p style="text-align: right;">造影剤使用に関し同意をしました。 患者様署名 _____</p>								<input type="checkbox"/> 喘 息	<input type="checkbox"/> アレルギー ()	<input type="checkbox"/> 心疾患 ()	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬を服用 (検査日前後 48時間休薬)		<input type="checkbox"/> 過去にヨード系造影剤で具合が悪くなった			<input type="checkbox"/> 腎機能	eGFR ()	CRE () BUN ()	<input type="checkbox"/> 授乳中 (造影剤投与後48時間授乳中止) (年 月 日のデータ)		
<input type="checkbox"/> 喘 息	<input type="checkbox"/> アレルギー ()	<input type="checkbox"/> 心疾患 ()																				
<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬を服用 (検査日前後 48時間休薬)																					
<input type="checkbox"/> 過去にヨード系造影剤で具合が悪くなった																						
<input type="checkbox"/> 腎機能	eGFR ()	CRE () BUN ()																				
<input type="checkbox"/> 授乳中 (造影剤投与後48時間授乳中止) (年 月 日のデータ)																						

造影CT検査説明書

【かかりつけ医様より患者様への説明用】

注意事項

1. 医師の指示がある場合、(朝食、昼食)は食べないで下さい。ただし、水またはカフェインを含まないお茶を、適度に摂取してください。
2. 心臓病、高血圧の薬は必ず服用して下さい。この際、食後服用の薬を空腹のまま服用してもかまいません。
3. ビグアナイド系糖尿薬(メトホルミン塩酸塩、メトグルコ、メタクト等)を服用されている方は検査日の前後48時間は服用を中止して下さい。必ず主治医にご相談下さい。
4. 造影検査の場合、稀に副作用として、むかつき、嘔吐、蕁麻疹、頭痛、呼吸困難、ショックなどが起こる場合があります。また極めて稀ですが死亡例も報告されています。検査時、身体に異常を感じたらすぐにお知らせ下さい。迅速適切に処置いたします。ただし、造影剤を注射する際には身体全体が熱くなりますが、これは生理的反応であり、異常ではありません。水分制限がなければ、検査終了時は普段よりも多めに水分(水・お茶)をとって下さい。
5. 造影剤を注射する時には、勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部分がはがれて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収されて心配ありません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもあります。が非常に稀です。
6. 造影剤は腎臓から尿として排出されるため、腎機能が低下しておられる方が使用されますと、腎機能がさらに低下するおそれがあります。採血データの値によっては検査をとりやめさせて頂く場合があります。

※ヨード造影剤とは、造影CT検査等の際に、静脈内に注射し画像を見やすくして病気の診断を正確にするための薬です。健康な方では12時間以内に大半が腎臓から排出されます。病気の種類によっては、その診断や進行の程度の判断、治療方針の決定の為にヨード造影剤が必要となります。造影剤を利用した場合、稀に副作用が起こる可能性(リスク)があります。造影検査の必要性がリスクを上回る場合に造影剤を使用することになります。副作用の種類は次のようなものです。

1) 軽い副作用

吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで基本的には治療を要しません。このような副作用の起こる確率は、約100人につき5人以下、つまり5%以下です。

2) 重い副作用

呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症の起こる可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は、約1,000人につき1人、つまり0.1%です。

しかし、病状・体質によっては約10万~20万人につき1人の割合(0.0005%~0.001%)で死亡する場合があります。