

CT予約票(患者様用)

ふりがな		検査日	月	日()
氏名		検査開始予定時刻		
		午前・午後	時	分より

今回のあなたの検査は下記です(○で囲んで下さい)。検査前の食事制限を確認してください。

非造影	頭部 頸部 胸部 椎体 その他	検査前食は 摂っていただいて 結構です。
-----	-----------------------------	----------------------------

非造影	腹部 骨盤	検査前5時間は 食事を控えて 下さい。 (血圧の薬は お飲み下さい。)
造影	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 椎体 その他	



CT検査のご案内

- ①紹介患者様はこの予約票と紹介状と保険証を持って、予定開始時刻の20分前には、「つるぎ町立半田病院 総合受付」までお越しください。
- ②検査時間が20分以上かかる場合がありますので、トイレは前もって済ませておいてください。
- ③検査の際、金属類(ヘアピン、イヤリング、ネックレス、眼鏡、ピアス、金属製の金具の衣類等)は外していただく場合がありますので、ご了承ください。
- ④妊娠中や、妊娠の可能性のある方は検査前に主治医とご相談のうえ、担当放射線技師にお申し出ください。
- ⑤予約の取消、変更または予約時間に来院できない場合は必ず早めにご連絡ください。
- ⑥検査内容や救急患者様の優先により、検査開始時間が前後する場合があります。ご理解とご協力をお願い致します。

検査予約について(医療機関様へ)

- (ア)電話 (0883-64-3145)「つるぎ町立半田病院・放射線科」にて検査枠を予約して下さい。
- (イ)検査日時を、患者様にお知らせください。
- (ウ)問診は、検査を依頼される医師が患者様とともにご記入下さい。
- (エ)診療情報提供書は貴施設の形式を使っていただいても結構です。
- (オ)診療情報提供書は事前にFAX(0883-55-4035)にてご送信をお願いします。
- (カ)FAXを利用した場合でも、診療情報提供書原本は予約票・問診票とともに患者様に持たせて下さい。
- (キ)造影検査の場合は説明と問診票(3枚目)の記入・署名・捺印をお願いします。

CT検査依頼票

診療情報提供書

ふりがな 氏名	-----	検査日	月	日()		
生年月日 大正・昭和 平成・令和	年	月	日	医療機関名	指示医師署名	
臨床診断名						
病歴及び主訴						
検査依頼目的						
造影 要・否	撮影部位 (希望部位にチェックをして下さい。原則的に検査できる部位は一か所です。)					
感染症 無・有()	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> ルーチン	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 聴器	<input type="checkbox"/> CTA
体重 kg	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部全般	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他		
妊娠 無・有	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 肺野・縦隔	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> その他		
読影 要・否	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> その他		
返却 CD・フィルム	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎(番)	<input type="checkbox"/> 腰椎		
フィルム返却は将来終了させていただきますので、データによる受取の準備をお願いします。	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 上肢 左・右(部位)	<input type="checkbox"/> 下肢 左・右(部位)			
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ()				
詳しい撮像範囲、希望の撮像条件、その他患者情報						

CT造影剤検査および造影剤の説明と同意書

(薬品名:オイパロミン)

患者様氏名() 様) CT検査日 令和 年 月 日

今回実施するCT検査は造影剤を使用して行います。使用する造影剤はヨード系造影剤と呼ばれるものです。今回の造影剤を静脈注射して検査することで、病気のより詳しい情報を得ることができます。精度の高い検査を行うには欠かせないものですが、まれに副作用が報告されています。副作用には、はきけ、むかつき、じんましんなどの軽度のものから、ショックなど重度にいたるまでの副作用が報告されています。それらの副作用が起こることはまれですが、あなたにこの造影剤を使用することにより副作用が発生することはあらかじめ予測することはできません。造影検査に当たっては、十分な注意をはらいながら検査を行い、副作用発生時にはすみやかに十分な対処ができる用意をして行います。なお、次の項目に当てはまる場合には、造影剤を慎重に投与する、もしくは使用しないで検査をする場合がありますので、検査前にお知らせください。

問 診

1, 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがある? はい いいえ 不明

2, そのとき造影剤で副作用はありましたか? はい いいえ 不明

副作用があった方は具体的にどのような症状でしたか? ()

はきけ・嘔吐 じんましん めまい 呼吸苦 血圧低下 その他 ↑ 記入欄

3, 重篤な腎障害と診断されていますか? はい いいえ 不明

(担当医師へ他院の血液検査も含め、三ヶ月以内の腎機能をご確認ください。)

4, 気管支喘息の病歴がありますか? はい いいえ 不明

5, 重篤な肝臓病と診断されていますか? はい いいえ 不明

6, そのほかアレルギーはありますか? はい いいえ 不明

アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 薬剤アレルギー

食物アレルギー 食品名() その他 ()

7, 以下の病気をしたことがありますか?

甲状腺機能亢進症 心臓病 糖尿病 副腎腫瘍 多発性骨髄腫 マクログロブリン血症

8, 糖尿病薬は飲まれていますか? はい いいえ 不明

(ビグアナイド系糖尿病薬は休薬が必要です。該当するもしくは不明な場合はつるぎ町立半田病院放射線科までお問い合わせください。) 薬名 []

9, 両親兄弟に造影剤での副作用を経験した方がいる はい いいえ 不明

10, 両親兄弟に気管支喘息、アレルギー体質を有する方がいる はい いいえ 不明

11, 現在の体重はいくらありますか? _____ kg

まれに検査終了後、時間(1~7日位)が経過してから副作用が出るものが報告されています。異常がありましたら放射線科外来までご連絡ください。

説明医師署名

造影剤使用についての同意書

病院長様

私は、造影CT検査で使用される造影剤についての説明を、上記の医師から聞き、理解しました。検査および造影剤の使用について

同意します。 同意しません。

令和 年 月 日 署名(本人もしくは代理人) 印