

予約票

CT 検査をお受けになる患者さんへ

検査日時： 年 月 日 () 午前・午後 時 分

お名前： _____ 様

◎予約時刻の 15 分前までに当院受付までお越しください。

◎CT 検査依頼書とマイナンバーカードまたは、資格確認証を必ずご持参ください。

◎検査の予約日に来院できない方は、なるべく前日までに当院までご連絡ください。

CT 検査について

○検査時間は 10 分～30 分です。(検査部位・検査法によって異なります。)

○腹部 CT 検査をお受けになる方は、3 時間前より絶食して下さい。ただし、水分は十分にお摂り下さい。

○腹部 CT 検査以外の方は、通常通りお食事を摂って構いません。

造影 CT 検査をお受けになる方

○脱水状態は副作用のリスクを高めるため、十分な水分摂取をお願いします。

○服用中のお薬は、医師の指示がない限り通常通り服用してください。

○次の項目に該当する方は、検査前にスタッフに必ずお知らせください：

1. 過去に造影剤使用で気分が悪くなった経験がある方
2. 気管支喘息、食物・薬による蕁麻疹などのアレルギーがある方
3. 痙攣（ケイレン）の経験がある方
4. 心臓病、腎臓病、糖尿病、甲状腺疾患などの既往症がある方

ご注意ください

○妊娠、または妊娠の可能性のある方は、当院では CT 検査を行うことはできません。

○検査に影響を与える可能性があるため、ヘアピン、イヤリング、ネックレス等の金属製のアクセサリ類や、金属を含む服装は外して頂くことがあります。

もりした循環器科クリニック

〒606-8277 京都市左京区北白川堂ノ前町 36 番地
(北白川別当町交差点北西角 北白川別当町バス停徒歩 1 分)

TEL: 075-702-0022 FAX: 075-702-1122

CT 検査依頼書（診療情報提供書）

記： 年 月 日

フリガナ：	生年月日：	年	月	日	才
患者様お名前：	様	男・女			
患者様連絡先：	()				
医療機関名：	主治医：				

*もりした循環器科クリニックにお電話（075-702-0022）またはWeb予約して頂き、予約をお取り頂いた上で、CT検査依頼書 & 造影CT検査同意書をFAXしてください。

*本依頼書は診療情報提供書にもなりますので、郵送または当日ご持参して頂きますようお願いいたします。

本CT検査依頼書、造影剤使用同意書（別紙）をFAXしてください

FAX:075-702-1122

検査日時：	年	月	日（ ）	午前・午後	:
検査目的・臨床診断・経過：					

心臓（冠動脈）造影CT依頼

<input type="checkbox"/> 心臓（冠動脈）造影CT（*胸部単純CT含む）	ステント： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	バイパス： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ステント・バイパス詳細・他心疾患既往等：		

心臓CT以外のCT依頼

<input type="checkbox"/> 単純CTのみ	<input type="checkbox"/> 単純CT+造影CT	<input type="checkbox"/> 造影CT	<input type="checkbox"/> 当院に一任			
検査部位：	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> その他（)
	<input type="checkbox"/> 脳動脈	<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 肺動脈	<input type="checkbox"/> 胸部大動脈	<input type="checkbox"/> 腹部大動脈	
	<input type="checkbox"/> 腹部動脈（肝ダイナミック等）	<input type="checkbox"/> 下肢動脈	<input type="checkbox"/> その他（)			

*造影CTの方は記入ください

造影剤アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	気管支喘息： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	糖尿病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> ビグアノイド系内服）
腎機能：血清クレアチニン値_____mg/dl,	eGFR_____ml/min./1.73 m ²	
その他アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（)		

貴院次回外来予定日：	年	月	日	AM・PM	:
------------	---	---	---	-------	---

造影 CT 検査時のヨード造影剤使用に関する説明書・同意書

当院では造影剤を使った検査をお受けになる方へ、「造影剤投与に関する同意」を確認させて頂いております。以下の項目をよくお読みになった後に、ご納得して頂けましたら同意書にご署名をお願い致します。

1. 造影剤を使用する必要性

診断のための情報量を増やすためです。造影剤の投与によって血管内部や病変部が明瞭に描出され、造影剤を使用しないCT検査よりもさらに正確な診断が可能となります。

2. 造影剤の副作用・危険性

ヨード造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることがあります。

副作用の多くは、吐き気、嘔吐、じんましん等の軽度のもので、このような軽度の副作用の発生頻度は約3%です。また、2万5千人に1人(0.004%)の頻度で呼吸困難、血圧低下等の重い副作用の報告があります。

副作用に対しては、適切な処置が迅速に行えるよう常に体制を整えています。

3. 造影剤の使用に注意が必要な患者

- ①造影剤の副作用歴のある方
- ②重篤な甲状腺機能障害のある方
- ③腎臓の機能に障害がある方
- ④気管支喘息のある方
- ⑤糖尿病薬（ビグアナイド系糖尿病薬）を服用している方

4. その他の副作用

- ・造影剤を注入の際、身体が温かく感じますが、心配ありません。
- ・造影剤の注入に関しては細心の注意をもって実施していますが、造影剤を勢いよく注入するために血管外に漏れることがあります。注射部位が腫れて痛みを伴うことがあります。通常は時間が経過すれば自然に吸収されます。

検査を受けるにあたり、上記の説明を理解し、納得された方は、同意書にご署名ください。

造影 CT 検査同意書

本人は造影 CT 検査の副作用や説明を理解し、検査を受けることに同意します。

(同意された後でもいつでも撤回することができます。)

記入日： 年 月 日

(署名)： _____

親族又は代理者： _____

依頼医師署名： _____