

診療情報提供書 (CT 検査依頼状)

東京洪誠病院 行 FAX: 03-5888-9881

〒123-0843 東京都足立区西新井栄町 1-17-25 TEL 03-5888-9880

ふりがな 患者氏名 男 ・ 女	ご紹介医療機関名・所在地
生年月日 大・昭・平・令・西暦 年 月 日 (歳)	診療科
住所	ご紹介 医師氏名
患者様 電話番号	ご紹介医療機関電話番号

検査日時： 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分
検査法： <input type="checkbox"/> 単純、 <input type="checkbox"/> 造影 (要同意書) お願い：造影検査の場合、ビグアイド系糖尿病剤服用者については、 検査前2日間及び検査後2日間薬剤の服用を中止させてください。
検査部位： <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"/> 骨盤、 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 (具体的)
診断名・臨床症状・検査結果など ※造影検査の場合はクレアチニン値のご記入をお願い致します。
特別撮影指示事項 (記載がない場合、当院ルーチン撮影とさせていただきます)

CT 造影検査の説明・同意書

(造影剤を使用しない場合、記入の必要はありません)

あてはまる項目をチェックしてください

1) 造影検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・副作用がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・どのような症状でしたか ()		
2) 気管支ぜんそくはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3) 経口糖尿病のお薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4) 腎機能障害はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5) 授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6) 甲状腺の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

造影 CT 検査に対する注意事項

- 検査の **4時間前**までに食事を済ませてください。
- 当院担当医の医学的な判断で造影剤を用いない場合もあります。
- 検査前の **水分制限はありません**。検査前・後は十分に水分をとってください。
- 授乳中の場合は検査後48時間以内の授乳を控えてください。

造影剤に関する説明

使用する検査薬はヨード造影剤で、副作用には以下の2つがあります。

1. **即時性副作用**：投与直後～30分程度に起こります。嘔気、嘔吐、頭痛、発疹、かゆみなど(頻度は5%以下)です。ごくまれに (頻度は0.004%)呼吸困難、ショックなど生命にかかわる重篤な症状がでることもあります。非常にまれですが、死亡例の報告もあります。
 2. **遅発性副作用**：造影剤使用数日後に現れます。発疹、発赤、嘔吐、血圧低下、頭痛等です。殆どの場合には治療の必要はありません。
- 造影中に造影剤が血管の外に漏れると痛みを伴うことがあります。漏れた薬は体内に吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になる時があります。
 - **ビグアナイド系 経口糖尿病のお薬**：メトホルミン錠 (メルビン、グリコラン、ロメットなど) 服用中の方は、ヨード造影剤の使用 前2日間 及び 使用後2日間薬剤の服用を控えてください。
(主治医の先生からお薬について、指示がある場合はその指示に従ってください)

検査同意書

同意された後でも、同意を撤回することができます。

年 月 日 上記の注意事項の説明を読み十分に理解した上で造影検査を受けることに同意します。

署名 _____ (本人 、代筆続柄 _____)

医療法人社団 洪泳会 東京洪誠病院

検査当日、検査時間の15分前までに当院2F総合受付へお越しください

CT 検査を受ける皆様へ（予約票）

ふりがな
患者氏名

男・女

生年月日 大・昭・平・令・西暦

年 月 日

検査日時

年 月 日 (曜日)

午前・午後 時 分

造影剤： 使用しない ・ 使用する

受診当日にお持ちいただくもの

- 保険証
- ご紹介医療機関からお預かりした書類など
- 本票



洪泳会 東京洪誠病院

TEL: 03-5888-9880 〒123-0843 東京都足立西新井栄町 1-17-25