

診療情報提供書（CT検査依頼書）

記入していただき所沢中央病院へFAXをお願いいたします。
FAX 04-2991-4655

医療法人社団和風会 所沢中央病院

依頼元医療機関名

担当 先生御侍史

依頼医師名

予約日時 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分

フリガナ：	生年月日：
患者氏名： 様（男・女）	年 月 日
住所：	電話番号：
臨床診断・現病歴（必須）	
検査目的（必須・詳細に記入お願いいたします）	

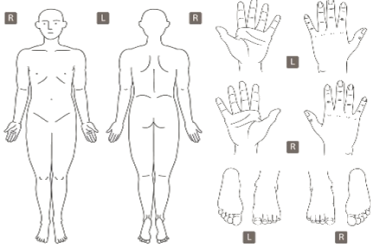
CT検査

☐ 単純のみ ☐ 単純＋造影（平衡相のみ ・ ダイナミック）

・ 造影検査は、造影剤使用検査問診票を記載ください。また、腎機能(血清クレアチニン値)を含む
3ヶ月以内の血液データがあれば添付してください。尚、透析中、eGFRが30以下は造影検査不可となります。
ビグアナイド系糖尿病薬を内服している方は、検査日を含めた前後2日（計5日間）の休薬をお願いします。

- | | | | |
|----------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 頭部 | ☐ 頭部 | ☐ 副鼻腔 | ☐ 内耳 |
| 脊椎 | ☐ 頸椎 | ☐ 胸椎 | ☐ 腰椎 |
| 頸部 | ☐ 頸部 | | |
| 胸部 | ☐ 胸部 | | |
| 腹部 | ☐ 腹部 | ☐ 腹部・骨盤腔 | ☐ 骨盤腔 |
| 複合部位 | ☐ 頸部～胸部 | ☐ 胸部～上腹部 | ☐ 胸部～腹部・骨盤腔 |
| 四肢 | ☐ 肩関節 | ☐ 肘関節 | ☐ 手関節 |
| (みぎ・ひだり) | ☐ 膝関節 | ☐ 足関節 | ☐ 足趾 |
| その他の部位 | ☐ 部位 () | | |

* 必要であればシェーマを活用ください



【検査を安全に施行するため必ずご確認ください】

(有の場合は詳細を記入してください)

- | | | |
|--|-------|-----|
| ☐ 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器（ICD） | 無 ・ 有 | 種類： |
| ☐ 脳深部刺激装置・脊髄刺激装置 | 無 ・ 有 | |
| ☐ 体内金属・電子機器 | 無 ・ 有 | |

* 上記の有りに該当するものは撮影範囲より外して撮影させていただく可能性があります。

* 右記をご確認いただき、チェックをお願いします ☐ 妊娠の可能性がない ☐ 授乳中ではない

画像データのお渡しはDVD-Rとさせていただきます。

☐ 読影レポート不要（不要の場合のみチェックお願いいたします）

外部委託CT検査予約表および検査説明

フリガナ			生年月日	年	月	日
患者氏名			性別	男	・	女
検査日時	年		月	日	時	分
検査部位	単純 ・ 造影		依頼元施設名	医師名		

CT検査とは

☆X線を使用して体の断面写真を撮影する検査です。

身体の細かな情報を得ることが可能で、様々な疾患の診断が可能となります。

☆CT検査ではX線を使用するため、検査の必要性和メリットが被ばくのリスクを上回ると医師が判断した場合にのみ検査を行います。

検査当日

☆単純検査と造影検査で来院時間が異なります。

単純検査 予約時間の30分前までに病院受付にお越しください。

造影検査 予約時間の60分前までに病院受付にお越しください。

※ 造影検査の場合は腎機能の確認が必要なため、採血を行い腎機能を確認する場合があります。

確認に時間がかかりますので早めに病院へお越し頂いております。

※ 時間に遅れて来院された場合は、検査時間が遅くなる可能性があります。予めご了承ください。

☆検査時間は撮影部位や造影の有無により異なります。

単純撮影 5～15分程度 造影検査 20～30分程度

【注意事項】

☆ 下記に該当する方は検査を受けられないことがあります。事前に担当医にお申し出ください。

- ・妊娠中または妊娠している可能性のある方
- ・脳深部刺激装置（DBS）をご使用の方
- ・埋め込み型除細動器（ICD）、心臓ペースメーカーをご使用の方
- ・両心室ペーシング機能付き埋め込み型除細動器（CRT-D）をご使用の方
- ・インスリンポンプ、グルコースモニタ、持続血糖測定器（リブレ）等の電子機器をご使用の方

☆ 造影検査と腹部検査では食事制限をしていただく場合があります。水分制限はありません。

午前中検査は朝食、午後の検査は昼食を摂らないでください。

☆ 金属が画像に影響いたします。撮影部位によって検査着に着替えて頂く場合があります。

『頭部』眼鏡・補聴器・入れ歯・ピアス・イヤリング等の金属類は外して頂きます。

『頭部以外』更衣しやすい服装で、金属のない下着を着用してください。

☆救急患者受け入れ等のため、検査開始が遅れる場合があります。予めご了承ください。

☆検査のキャンセルや検査時間に来院出来ない場合は、早めに下記にご連絡ください。

医療法人社団 和風会 所沢中央病院

TEL:04-2994-1265（代表）

造影剤使用検査問診票

様

検査日時 西暦 年 月 日 時 分

検査項目

☐ CT造影検査

☐ MRI造影検査

* 問診担当者は"あり"の項目に関して検査依頼医に確認し、検査施行可能な場合は問診項目の右隣☐にチェックを入れる。

① 今までに造影検査を受けられたことがありますか？	なし	あり	
⇒ ①で"あり"と答えた方			
② 造影検査中、検査後（1週間以内）に気分不快、蕁麻疹など何か変わった事がありましたか？ また症状が出た時の検査は何の検査でしたか？	なし	あり	☐
⇒ ②で"あり"と答えた方			
発生状況 症状 何の検査でしたか			
③ 気管支喘息といわれたことがありますか？	なし	あり	
⇒ ③で"あり"と答えた方（ ☐ にチェックしてください）			
☐ 5年以上症状なし ☐ 治療中で症状が落ち着いている ☐ 治療中だが症状が落ち着いていない ☐ 症状があり治療もしていない			
④ アレルギー疾患はありますか？	なし	あり	
⇒ ④で"あり"と答えた方			
アレルギーの種類			
⑤ 甲状腺、心臓、肝臓、腎臓（透析含む）に病気がありますか？	なし	あり	
⇒ ⑤で"あり"と答えた方			
病気の種類			
⑥ ヨード過敏症と言われたことはありますか？【MRIの場合問診不要】	なし	あり	
⑦ ガドリニウム過敏症と言われたことはありますか？【CTの場合問診不要】	なし	あり	☐
⑦ 糖尿病薬の服用がありますか？【MRIの場合問診不要】	なし	あり	
⇒ ⑦で"あり"と答えた方で内服を服用されている方			
薬剤名称	※ CT造影検査の場合 ビグアナイド系糖尿病薬は検査日を含め 前後2日間、計5日間休薬してください。		
⑧ 身長、体重を教えてください。 【身長 cm】 【体重 kg】			

※問診担当者へ： 上記の確認事項にチェック漏れはありませんか？ ☐ はい、確認しました

問診取得日【 年 月 日 】 部署【 外部委託検査 】 担当者名【 】

CT造影検査をお受けになる患者さま

造影検査とは

CT造影検査ではヨード造影剤を使用します。

造影剤を静脈から注入することで、通常では描出困難な病変や、臓器や血管を明確に描出でき正確な診断が可能となります。造影検査は診断上の必要があり、医師が安全に出来ると判断された場合にかぎり施行いたします。

造影剤の使用について

特定の病気や体質で副作用が生じやすい事や、病気が悪化したりする場合があります。

以下に当てはまる方は申告してください。

造影剤使用不可の方

- ・ヨード過敏症
- ・重篤な甲状腺疾患

造影剤使用不可または慎重投与の方

- ・ヨード造影剤による副作用歴
- ・褐色細胞腫
- ・重篤な心臓、肝臓、腎臓の障害がある
- ・テタニー
- ・気管支喘息
- ・多発性骨髄腫
- ・マクログロブリン血症

副作用について

造影剤は体質や体調により副作用が発生する場合があります。以前に造影剤の使用歴があり副作用がなかった方でも同様におこる可能性があります。

軽い副作用 確率1～3%以下（約100人につき1～3人程度）

【症状】 ・吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹・悪心・蕁麻疹など

重い副作用 確率 約0.04～0.2%（約1000人～2500人につき1人程度）

【症状】 ・軽度呼吸困難・意識障害・血圧低下・顔面浮腫・広範囲蕁麻疹など

重篤な副作用 確率約0.004～0.04%（約2500～25000人につき1人程度）

【症状】 ・アナフィラキシーショック・高度呼吸困難・咽頭浮腫・意識障害・心停止

造影検査後について

- ・造影後は24時間以内に97%が尿として体内から排泄されます。
- ・特に水分制限のない方はいつもより水分を多めに取るようにして下さい。
- ・検査後1週間以内に頭痛・発疹・かゆみ・悪心・全身倦怠感などを感じた時は遅発性副作用の可能性がありますので病院に連絡し受診の必要性を確認ください。

副作用の対策について

検査中は技師や看護師が患者様の状態を常に監視しています。具合がわるくなったり異変がある場合はすぐに申し出てください。アレルギー症状（疑いも含む）が出現した場合は検査を中断し、医師の判断で必要と認められる処置を実施いたします。その場合は処置及びそれまでに使用した薬品、材料については通常の保険診療にて行われます事をご了承ください。

糖尿病治療薬を服用されている方

糖尿病治療薬のビグアナイド系糖尿病薬を服用している方はヨード造影剤を使用するにあたり注意が必要です。服用されている方は担当医に申し出てください。