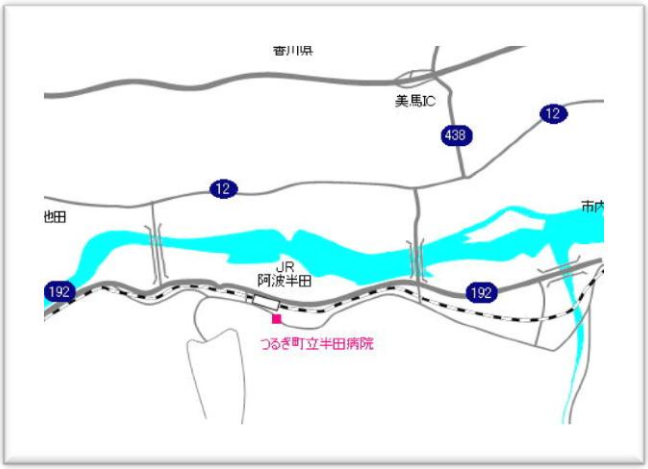
CT予約票（患者様用）

ふりがな 氏名	----------	検査日　　月　　日（　　）
生年月日	M・T・S・H 年　　月　　日　性別　男　女	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（〇で囲んで下さい）。検査前の食事制限を確認してください。

非造影	頭部 頚部 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。（血圧の薬は少量の水でお飲み下さい。）
造影	頭部 頚部 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）電話にて「つるぎ町立半田病院・放射線科」0883-64-3145又は0883-64-3317にて予約して下さい。
（イ）日時が決まりましたら、患者様に検査案内と検査日時をお知らせください。
（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）依頼票はFAX（0883-55-4035）にご送信するか、患者様に持たせて下さい。
（オ）（FAXを利用した場合、依頼票は貴医療機関にて保存して下さい。）
（カ）予約票は患者様に渡して下さい。
（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。
（ク）また造影検査では血液検査での検査日より3カ月以内の腎機能（BUN・CRE）の提示をお願いします。

つるぎ町立半田病院　〒779-4401　徳島県美馬郡つるぎ町半田字中藪234-1　℡0883-64-3145　fax0883-55-4035

CT検査依頼票

診療情報提供書

ふりがな 氏名	----------	検査日　　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（　　）	頭部 …… □ルーチン　□副鼻腔　□その他 □聴器　□CTA
体重　　kg	頸部 …… □頸部全般　□甲状腺　□その他
妊娠　　無・有	胸部 …… □肺野・縦隔　□乳房　□その他
読影　　要・否	腹部 …… □上腹部　□骨盤腔　□その他
返却　CD・フィルム 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。	脊椎 …… □頸椎　□胸椎（　　番）　□腰椎
	四肢 …… □上肢　左・右（部位　　）　□下肢　左・右（部位　　）
	その他 …… □（　　）

詳しい撮像範囲、希望の撮像条件、その他患者情報

つるぎ町立半田病院　〒779-4401　徳島県美馬郡つるぎ町半田字中藪234-1　℡0883-64-3145　fax0883-55-4035

（医療連携用）

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　）　MRI検査日　　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

具体的に何ですか？

☐ 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，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

9，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

10，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ことが報告されている。異常がありましたら放射線科外来、各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MRI検査で使用す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。

年　　月　　日　署名（本人もしくは代理人）　　印

つるぎ町立半田病院　〒779-4401　徳島県美馬郡つるぎ町半田字中藪234-1　TEL0883-64-3145　fax0883-55-4035