

紹介検査予約票

患者様氏名 _____ 殿

検査予約日時

_____年 _____月 _____日 午前 _____時 _____分
午後 _____時 _____分

※恐れ入りますが、予約時間の30分前に紀和病院西館受付窓口までお越してください。

検査項目

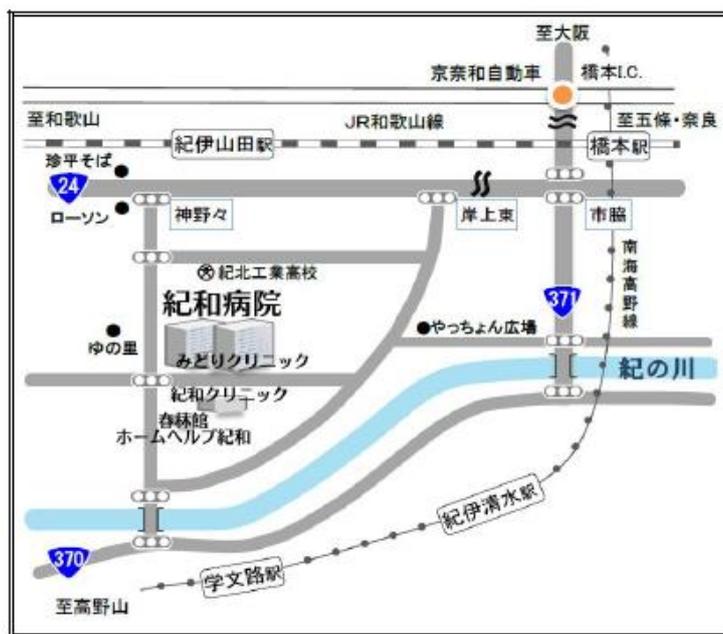
(該当項目に○をお付けください)

- ・ CT
- ・ MRI
- ・ 内視鏡 (胃カメラ、S状カメラ)
- ・ レントゲン (上部消化管造影、注腸造影)
- ・ 子宮卵管造影
- ・ 超音波 (腹部、心臓、甲状腺、乳腺、その他 _____)
- ・ 負荷心電図、ホルター心電図、脳波
- ・ その他 (_____)

検査場所

医療法人南労会 紀和病院

橋本市岸上18番地の1 ☎0736-33-5000 (代表)



検査結果

*検査結果が出次第、ご紹介いただいた先生にお届けします。

CT 検査予約表

ID

氏名 _____ 様

検査日時 : _____

検査部位 : _____

☆この検査は予約制です。検査当日はこの予約表をご持参ください。

(予約時間の 30 分前には紀和病院西館受付へお越しください。)

☆検査にかかる時間は、約 15~20 分ですが、検査の内容や目的によって
多少時間が前後することがありますのでご了承ください。

☆腹部 CT、造影 CT を受けられる場合は、検査開始の 3 時間前から絶食です。
ただし、飲水については、水であれば検査前まで適度に摂っていただいても
かまいません。

(水以外は、飲まないでください。検査ができなくなることもあります。)

☆妊娠中または、その疑いのある方は、検査ができない可能性がございますの
で担当医もしくは医療スタッフに必ず申し出てください。

☆予約の変更・取り消しは、下記までご連絡ください。

☆予約日時の仮記載および『日未定』と記載の患者様は、検査予定日より 1 年
以内に紀和クリニックで日時の予約が必要となりますのでお電話またはお
申し出ください。

◎緊急の患者様で CT 検査が入った場合、お待ちいただくことがあります。

◎機械に万一の不備が生じた場合、お待ちいただくか、場合によっては
日時を改めてお越し願うことをご了承ください。

医療法人 南労会

紀和病院
(0736) 33 - 5000

紀和クリニック
(0736) 34 - 1255

ID

氏名

様

検査日時： 月 日 時 分

ヨード造影剤使用検査の為の問診表

1. 今まで、造影剤（注射・点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？

 なし あり：CT 検査、腎臓検査、血管造影、その他（ ）

1-2. ありと答えた人へ その時副作用はありましたか？

 何ともなかった 症状が出た（そのときの症状や、また何か治療されましたか？）

2. 気管支ぜんそくはありますか？

 なし あり

2-2. ありと答えた方へ 最後に発作が起こったのはいつ頃ですか？

3. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

 なし あり：じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、
薬のアレルギー（ ）、食物のアレルギー（ ）、その他（ ）

4. 腎臓のはたらきが悪いといわれたことがありますか？

 なし あり 透析中である

5. 糖尿病のお薬を服用されていますか？

 いいえ はい ⇒薬の名前がわかれば教えてください（ ）メデット、メルビン、グリコラン等

6. 体内に留置する皮下用ポートはありますか？

 いいえ はい ⇒ その皮下用ポートの患者記録カード等はお持ちですか？（ いいえ はい ）*6. ではいと答えた方は検査当日に患者記録カードを必ず持参し、検査前にご提示ください。*ポートの種類が確認できないなど、場合により末梢静脈からの穿刺に変更する可能性があります。

以下 医師記入欄

 eGFR 値 の確認
 （ ） ml/min/1.73 m²
 未実施

造影剤使用について指示医師の判定

 可（使用造影剤：イオパミドール or ビリスコピン）
 否

検査指示医署名

非イオン性ヨード造影剤使用検査説明書

造影剤使用についての説明

1. 造影剤とは

画像診断の際に、画像にコントラスト（白黒の差）を付けたり、特定の臓器を強調する為に投与される医薬品です。今回実施する検査は、ヨード造影剤という薬剤を静脈注射して行う検査です。造影検査は症状の正確な診断のために、一般的に行われている検査です。

2. 予想される効果

病気の種類や検査の目的によって、造影剤が有効な場合とそうでない場合とがありますが、今回の造影検査はあなたの病状を正確に診断し、最良の治療方針を決定するための一助となることが期待できます

3. 予想される副作用

まれに一定の頻度で以下のような **副作用** が起こる事があり、以前に造影剤を用いる検査で副作用のなかった方でも副作用が起る可能性があります。

気管支喘息の方など、アレルギー体質の方は副作用発生の頻度が高いと言われています。

また、腎不全、重い心臓病、重い肝臓病、重い甲状腺疾患、褐色細胞腫、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニーの方は、症状が悪化するなどの可能性がある為、造影剤が使えない事があります。これらの病気をお持ちの方は、**必ず主治医とご相談ください。**

【軽度の副作用】：吐き気・動悸・皮膚のかゆみ・発疹など

多くは一時的なもので特別な治療を必要としません。

【重度の副作用】：呼吸困難・意識障害・血圧低下など

通常は治療が必要で、時に入院加療となります。

後遺症・死亡の報告（頻度は約 16～17 万に 1 人 約 0.0006%）

【遅発性副作用】：頭痛・吐き気・皮膚のかゆみ・発疹・発熱・めまいなど

検査 1 時間～数日で発生することがあります。

【腎機能低下】：ヨード造影剤による腎障害

造影後に一時的腎機能低下で一般的には、7～14 日後に回復します。

慢性腎臓病のある方は、時として腎機能低下が進行し、人工透析が必要となる場合があります。

【糖尿病の方】：**腎臓の働きを示す eGFR の値が 60 未満** (ml/min/1.73 m²) の時は、ビグアナイド系の経口血糖降下剤の検査当日と検査前後 2 日間、計 5 日間の内服中止が必要です。（ただし緊急検査の場合は主治医判断による）

ビグアナイド系経口血糖降下剤を内服されている方、内服されている可能性のある方は放射線科へお問い合わせください。

4. 副作用に対する対応について

検査の間、医師、診療放射線技師や看護師が状態を常に観察しています。具合が悪くなった時には、我慢をしないで申し出て下さい。

帰宅中・帰宅後に副作用であろう症状又は気になる事がありましたら、当院にご連絡ください。

5. 造影剤を使用する場合、必ず守って頂きたい内容

検査3時間前から食事は控えて下さい。飲水はかまいません。

(水以外は、飲まないでください。検査ができなくなることがあります)

授乳中の方は、特段の理由がない限り、造影剤使用後の授乳制限は必要ありません。

6. 造影剤を使用しなかった場合

症状が正確に把握できない場合があります。

以上の説明にて、何か質問はございませんか。

理解頂けましたら同意書に署名をお願いいたします。

なお、同意書に署名した後でも説明内容に関する同意の変更を要望することが出来ます。

その場合でも治療上の不利益が生じることはありません。

ご不明な点・ご要望がありましたら、遠慮なくお申し出ください。また、別の専門的な意見を得るために、必要に応じて他の医療機関や専門医に相談されること(セカンドオピニオン)ができます。そのための資料は準備いたしますのでお申し出ください。

このたび実施する検査に関して、その必要性および可能性のある副作用などについて患者_____様に説明しました。

説明日 _____月_____日

説明医師_____

造影剤使用に関する同意書 (患者様控え)

このたび実施する検査に関して、その必要性および発現する可能性のある

別紙の副作用などについて患者 _____様に説明しました。

上記について私が説明し、了解されたことを確認致します。

説明日 年 月 日

担当医師名 _____

私 _____は、このたび実施するヨード造影検査に関して、その必要性
および発現する可能性のある副作用などについて担当医師から十分な説明を
聞き、了承いたしましたので検査を実施することに同意いたします。

同意日 年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

(本人との続柄： _____)

医療法人 南労会

紀和病院
(0736) 33 - 5000

紀和クリニック
(0736) 34 - 1255

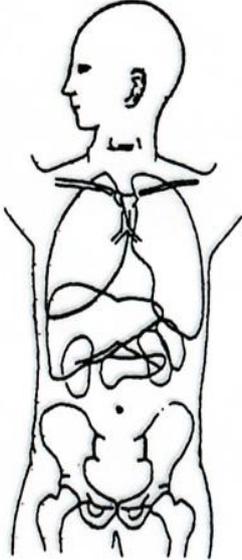
医療機関の所在地
及び名称
電話番号

和歌山県橋本市岸上 18-1 医療法人 南労会 紀和病院
電話番号 0736-33-5000
FAX 番号 0736-33-5100
医師 氏名 科 行

医師 氏名

印

CT 検査

(患者) 氏名	職業	紀和 ID.	CT No.
	様	実施年月日 年 月 日	前回 CT <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)
男	年 月 日生 満 歳	部 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部	方 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> DIC 後
女		<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> IVP 後
臨床診断・現病歴・臨床所見並びに撮影目的等		<input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他	法 <input type="checkbox"/> Dynamic
		()	<input type="checkbox"/> その他()
		ガストログラフィン <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
		患者の状態 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> O2()ℓ	
		感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Hbs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA	
		読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	技師
		画像提供 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD	
		造影剤・補助剤等	
		<input type="checkbox"/> () 300 100ml × 本	
		<input type="checkbox"/> () 370 100ml × 本	
		<input type="checkbox"/> ガストログラフィン	ml
		<input type="checkbox"/> 生理食塩水	ml × 本
		<input type="checkbox"/> デノサリン	ml × 本
		<input type="checkbox"/> その他()	
		フィルム 半切 × 枚	CD-R 枚
CT所見		記載日 年 月 日	
CT診断			
現在の処方 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
備考			