

診察・検査申込票

年 月 日

彦根市立病院 地域医療連携室宛

彦根市八坂町 1882 番地

TEL 0749(22)6053

FAX 0749(22)6093

医療機関の名称

住所

診療科/医師氏名 _____ (印)

TEL:

FAX

診察	受診科: _____ 医師の希望: 無・有 (医師名: _____)		
検査	検査の種類	部位等	
	CT MRI・MRA	頭部・頸部・胸部・上腹部・下腹部 頸椎・胸椎・腰椎・肩・膝・骨盤 心臓・その他 ()	造影 (必要・不要) ※造影必要時にはその旨を 患者様にご説明ください。
	骨塩定量	※部位選択は不要	
	核医学(RI)	骨・ガリウム・脳血流・心臓・その他 ()	
	超音波	腹部・頸部・甲状腺	
	内視鏡検査	上部消化管 (経口・経鼻)・下部消化管	鎮静 (あり ・ なし)
希望日: 無・有 あればお書きください。() ・ できるだけ早く			

● 検査用チェック項目 ★: 造影検査時必須項目 ※: MR時必須項目

妊娠 <small>(12週未満は原則禁忌)</small>	有・無	★※ 体重	kg	★薬物 アレルギー	有・無	★喘息歴	有・無	★外服シ 使用	有・無	★Cre	
※体内金属	有・無	※イレズミ (永久75%)	有・無	※心臓 ペースメーカー	有・無	※脳動脈瘤 クリップ	有・無	※閉所 恐怖症	有・無	※コンタクト レンズ	有・無

傷病名:
受診の目的:

患者情報 外来患者 入院中 入所中

フリガナ 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒 - -	生年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日生 (歳)
電話番号	(自宅) - - (携帯) - -		
彦根市立病院受診歴: 無・有		診察券番号 (わかる場合は記入してください): _____	

保険情報

健康保険証	保険者番号	資格取得日	年 月 日
	記号	有効期限	年 月 日
	番号	負担割合	割
	続柄	本人・家族	無・有

※FAXの受付時間 月曜日～金曜日 (8:30～19:00)・木曜日 (8:30～17:00)・土曜日 (9:00～12:30)

※休日および時間外での申し込みはできません。

CT 検査予約票

様 検査日時 令和 年 月 日 () 時 分より

CT 検査を受けられる方へ

- あなたの検査は絶食が 不要・必要 です。→ 当日の 朝食・昼食 を食べないでください。
 - 絶食の要・不要にかかわらず、水分（お茶・お水）はしっかり摂ってください。
（水分制限のある方はかかりつけ医にご相談ください。）
- ※ 服薬については、かかりつけ医の指示に従ってください。
- ◆ 検査当日は、地域連携紹介患者専用窓口へ予約時刻の 30 分前にお越しください。検査には診察券（診察カード）とお薬手帳が必要です。必ずご持参ください。診察券をお持ちでない方は地域連携紹介患者専用窓口でお申し出ください。
 - ◆ 検査前に処置が必要な方は、かかりつけ医の指示どおりにしてください。
 - ◆ 糖尿病の薬を飲まれている方、妊娠の可能性のある方は、事前にかかりつけ医にご相談ください。

CT 検査について

CT 装置は従来の X 線検査にコンピュータ処理を組み合わせて体の詳細な断面画像を撮影します。他のレントゲン検査と同様、放射線被ばくはありますが、健康を害することはありませんので、安心して検査を受けてください。検査は CT 装置の中で、5～20 分程度（検査内容により異なります）安静にしたまま横になっていただきます。

予約のキャンセル・変更について

予約のキャンセル・変更は、検査前日までに地域医療連携室までご連絡をお願いします。やむを得ず検査当日に来院できない場合も、ご連絡をお願いします。

※ わからないことや気になることがあれば、遠慮なく検査担当者にお申し出ください。

彦根市立病院

地域医療連携室

電話 0749-22-6053

(2021.11 改訂)

同 意 書

彦根市立病院 院長 様

患者	氏名	ⓐ
保証人（親族）	氏名	ⓐ（本人との続柄： ）
説明医師	氏名	ⓐ

私は下記の説明内容を理解し、造影剤の使用について（いずれかに○印をつけてください）

・同意する ・同意しない } [造影検査を受けない事による結果については、主治医・検査担当医・病院の責任を追及いたしません]

記

1. 予定手術・処置・治療・検査 造影CT検査

2. 予定日

3. 病名および診療行為等の内容

今回実施するCT検査は、“造影剤”という薬剤の注射をして行います。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、治療をしやすくなります。造影剤を使用しなくてもCT検査は行えますが、正確な診断が出来ず病気を見落とす場合があります。これは、安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用の種類は次のようなものです。

4. 合併症と危険性

- 1) 軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。このような副作用の起こる確率は、約100人につき5人以下、つまり5%以下です。
- 2) 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症がのこる可能性があり、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は、約2.5万人につき1人（0.004%）です。ただし気管支喘息の方では造影剤の副作用が起こりやすいとされています。
- 3) 病状・体質によっては約40万人につき1人の割合（0.00025%）で、死亡例の報告もあります。
- 4) 造影剤を投与後1時間～数日後に副作用で発疹・発赤・じんましん・嘔気・嘔吐・血圧低下・頭痛などが起こることがあります。このような症状があれば速やかにご連絡ください。

[2)、3)の数字は2005年 日本医放会誌掲載資料による]

造影剤を注射する時には、

- 1) 体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配ありません。
- 2) 勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤がもれることが約100人に1人（1%）の割合であります。この場合には注射した部位がはれて、痛みを伴うこともありますが、基本的に時間がたてば吸収されるため心配ありません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもあります。当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。もし変だと感じたら、ためらわず、すぐにおっしゃってください。

別紙問診票あり

造影検査のための問診票

あなたのお名前 _____

適したものの□内に×印をいれてください。問い1、問い3で”あり”を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉を書いてください。

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、胆のう検査、血管造影、MR検査

そのとき、副作用はありましたか？

なし あり：発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他()

● 造影剤で副作用歴”あり”に印を付けた方は過敏症・喘息用説明兼同意書が必要です。

2. 今までに喘息といわれたことがありますか？

なし あり

上記で”あり”に印を付けられた方にお尋ねします。現在喘息で治療を受けていますか？

なし あり

● 喘息で現在治療中”あり”に印を付けた方は過敏症・喘息用説明兼同意書が必要です。

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（薬剤名： ）、
食物のアレルギー（食物名： ）、 その他（ ）

4. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか？

なし あり

5. 糖尿病を治療中で 糖尿病のお薬（メトグルコ・グリコラン・メタクト等）を飲んでおられませんか？これらの薬は検査日とその後2日間（可能であれば検査前2日間を含む計5日間）休薬することが望ましいです。

なし あり 【薬剤名 _____】

6. 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

なし あり わからない

上述の問診表のうち、問い1から5で ありの項目に当てはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。