

CT検査 予約票

ID _____ カ ナ
氏 名 _____

検査日時： 年 月 日() 時 分

検査内容：

1. 検査当日は、予約時間 30分前に1階 受付へお越しください。
2. この予約票、健康保険証、診察券(板倉病院に受診されたことのある方)を受付にお出しください。
3. 予約日時に来られない場合は、ご連絡ください(TEL 047 - 431 - 2662)。
4. ペースメーカーや除細動器を使用されている方は、ペースメーカー手帳を必ずお持ちください。

☆検査当日のお食事やお薬について

腹部の検査、あるいは造影CT検査を受ける方は、検査時間の3時間前より絶飲食して下さい。水と白湯のみ、飲んでいただいて問題ありません。

※常用薬は、いつも通り服用・貼付して下さい。

※糖尿病の方は、当日のお食事・お薬については主治医にご相談ください。

※腹部以外の単純CT検査の方は、お食事の制限はありません。

交通のご案内

●お車でお越しの方

当院正面のナビパークをご利用ください。外来患者様には割引があります。

(ご利用可能台数に限りがあります。満車の場合は、近隣のコインパーキングをご利用ください。)

・お車を降りられたら「駐車証明書」を発券してお持ちください。

・検査後、受付にご提示いただくと割引券が発行されます。

●電車でお越しの方

京成本線 京成船橋駅より徒歩5分

JR総武線・東武野田線 船橋駅より徒歩7分

●所在地・連絡先

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

医療法人弘仁会 板倉病院
〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1
TEL 047 - 431 - 2662

検査・処置に関する説明・同意書

造影CT検査

患者氏名： _____

1. 現在の病状について

2. 造影CT検査の目的と方法について

<目的> 通常のCT検査に加え血管や血流の状態をより詳しく診断するために行います。

<方法> ヨード造影剤を100cc前後（疾患や体格によって異なります）腕や手から静脈注射します。

3. 造影CT検査の予想される効果と合併症（有無とその程度）について

<効果> 造影剤の分布から、血管の状態、臓器や病変部の血流状態を知ることができ、より詳細な診断が可能となります。

<合併症> (1) 造影剤の副作用として以下の2つがあります。（日本造影剤副作用検査委員会からの報告）

① 即時性副作用

投与後すぐ（通常5分～30分以内）に起こります。

嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗等が現れることがあります(頻度は5%以下)。

また、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があります(頻度は0.004%)。

非常に稀に他の薬剤と同様10万～20万人に1人(0.0005～0.001%)の割合で死亡例の報告もあります。

このような副作用に対して速やかな対応が可能な体制で検査を行っています。異常を感じた際はお知らせください。

② 遅発性副作用

造影剤使用後1時間から数日後に現れます。

発疹・発赤・悪心・嘔吐・血圧低下・頭痛等が現れます（頻度は5～8%）。ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、何らかの異常があれば受診科までご連絡ください。

(2) 稀に造影剤が血管の外に漏れ、痛みを伴うことがあります。漏れた薬はじきに吸収されますが、腫れが強い時は処置が必要である場合がありますのでお知らせください。また、疼痛がある場合は確認いたしますのでお知らせください。

(3) その他、造影剤を注射すると一時的に体が熱くなりますが、正常な反応ですので心配いりません。

4. 造影CT検査以外の可能な診療方法とその利害得失について

他に超音波・MRI検査や造影剤を使用しないCT検査等がありますが、特に血管や血流状態の把握が必要な病気では、造影CT検査により詳しい診断が可能となります。

5. 造影CT検査の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうかを予め調べる方法は現在のところありません。当院では、副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には担当医等で最善の処置を施します。

6. 同意の撤回について

この同意はいつでも撤回できますので、お申し出ください。

（検査当日の状態により担当医の判断で造影剤を使用しないことがあります。）

7. アレルギー歴・既往歴・食事および水分摂取等の確認 (説明医師が記入してください)

a. 造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことがありますか

なし あり : CT検査・血管造影・腎尿路検査・胆嚢検査・その他 ()

b. 気管支喘息などのアレルギー性疾患、他の薬剤過敏症や蕁麻疹などのアレルギー歴がありますか

なし あり : 喘息・蕁麻疹・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎
薬剤 ()・食物 ()・その他 ()

c. 腎機能障害の既往について

なし あり

d. 現在糖尿病のお薬を飲んでいますか

なし あり (薬剤名:)

※服用ありの場合は該当薬剤をご記入ください。(ヨード造影剤使用前後2日間はメトホルミン錠を使用しないでください)

e. 食事・水分の摂取について (以下を説明してください)

食事は造影剤検査の3時間前までに済ませてください。

水分は造影検査の前と後で充分補給してください(乳製品とアルコールを除く)。

8. 検査予定日 年 月 日 [時 分~]

前記 1~8 について説明を行い、造影CT検査に際してアレルギー歴・既往歴に問題がないことを確認いたしました。

説明日: 年 月 日

説明者: _____ 印 同席看護師: _____

前記 1~8 の説明を受けて、どちらかに○をつけて署名してください。

() 私は、説明を受けて内容を理解したうえ、この診療行為に同意しました。

() 私は、説明を受けて内容を理解したうえ、この診療行為に同意しません。

年 月 日

患者氏名: _____

記載者 (本人・代筆者)

※本人・代筆者どちらかを○で囲んでください

代筆者氏名: _____

患者との続柄 ()

代筆者住所: _____

代筆理由: _____

前記 1~8 の説明を受けました。

同席者氏名: _____

患者との続柄 ()

同席者住所: _____

診療情報提供書

(紹介先医療機関) 医療法人弘仁会 板倉病院
放射線科

(依頼元医療機関)

依頼元医療機関 患者ID		板倉病院 患者ID	
フリガナ			
患者氏名	(男・女)		
生年月日	西暦 T・S・H	年 年	月 日生
患者住所	県・都 道・府	市・区 郡	町 村
電話番号	()		

傷病名 合併症/既往歴			
検査目的			
検査日時	平成	年	月 日 () 時 分~
撮影指示	単純CT・造影CT・単純MRI・造影MRI・その他 ()		
検査部位			
希望出力媒体	CD-R ・ フィルム		
クレアチニン値 (造影のみ記載)	mg/d l (平成 年 月に検査実施)		
体内金属の有無	脳動脈クリップ	なし ・ あり	
	ペースメーカー	なし ・ あり	
	その他	なし ・ あり ()	
備考			