

CT・MRI検査依頼書(診療情報提供書)

医療機関名 _____
 所在地 _____
 TEL _____
 医師氏名 _____

令和 年 月 日

富山労災病院「診察券(IDカード)」(有・無)
 ID番号

--	--	--	--	--	--	--	--

検査日	令和 年 月 日 午後 時 分から							
ふりがな					大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男・女
患者氏名								
住所					電話			
保険者・記号・番号	保険者番号	記号	番号	被保険者氏名				
検査項目 項目を○で 囲んでください	◆CT (単純造影 適否一任)	頭部 頸部 胸部 腹部(肝・胆・膵・腎・副腎) 骨盤部 上顎骨 下顎骨 頸椎 胸椎 腰椎 その他()						
	◆MRI (単純造影 適否一任)	頭部 頸部 胸部 腹部(部位) 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 仙尾骨 関節(肩・肘・手・股・膝・足)→(みぎ・ひだり) その他() 必ずどちらかに○						
【検査目的及び臨床経過等】								
【検査に必要な確認事項】								
1. 体重 kg (MRI検査、造影CT検査依頼の場合はご記入願います。) 2. 身長 cm (MRI検査依頼の場合はご記入願います。) 3. 腎機能 eGFR: (検査日 /) (CT/MRI造影検査の場合) 4. 糖尿病治療薬 (無・有 …) (CT造影検査のみ) 5. 感染症 (無・有 …)								

※ 予約後、検査依頼書と一緒に下記の書類をFAXしてください。(原本は、当日持参してください。)

- | |
|---|
| MRI検査時:「MRI検査問診表・同意書」
CT造影(一任の場合も)検査時:「CT造影検査問診表・同意書」及び「処方内容」
MRI造影(一任の場合も)検査時:「MRI検査問診表・同意書」「MRI造影検査問診表・同意書」
及び「処方内容」 |
|---|

※画像診断レポートおよび撮影データ(CD)は後日郵送とさせていただきます。

画像診断レポートのFAXを希望される場合は、下記にチェックをお願いいたします。

画像診断レポートのFAXを希望します。

独立行政法人 労働者健康安全機構

富山労災病院

TEL0765-22-1280 放射線(内線2400) FAX0120-935-631

2012.1.1 作成
2020.4.6 改訂

CT造影検査問診表・同意書

患者氏名 _____

体重

kg

造影検査問診表

造影検査を安全に行うため、下記の質問にお答えください。

1. 今までに、造影検査を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある:CT、MRI、血管造影、その他()
2. その際に、お体に異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある:発疹、吐き気、嘔吐、頭痛、その他()
3. 今までに、気管支喘息(ぜんそく)と言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 以前治療していた
4. アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある:じんましん、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎 薬()、食べ物()、その他()
5. 糖尿病治療のため服用しているお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある:(薬品名)
6. 次の病気であると言われたことがありますか？ (具体的な病名が分かれば記入してください) <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 (病名)
7. 次の病気または病気の疑いと言われたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 「ある」の方は病名にチェックをしてください <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/> テタニー
8. 妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中

医療者 確認欄

検査日1か月以内の腎機能検査 【 月 日 eGFR: 】
検査がない、または異常値の場合は主治医へ報告

eGFR 30~45ml/分の場合(補液等推奨) 主治医確認 検査可能

eGFR 30ml/分未満の場合(原則禁忌) 主治医確認 前処置必要

※eGFR45ml/分以下の場合、CT担当者は必ず放射線科医に事前報告すること

造影検査同意書

富山労災病院 病院長殿

私は、担当医師から造影剤を用いた検査について説明を受け、質問する機会を与えられました。
また、問診表の記載に相違はなく、検査内容を理解いたしましたので、造影剤の投与を受けることに

同意します 同意しません どちらかに○をつけてください

年 月 日

患者氏名

(本人が未成年または署名できない場合は、保護者または代理人がご記入ください)

代理人氏名

本人との続柄()

私は、今回の検査での造影剤の必要性と副作用について説明いたしました。

年 月 日

科

担当医師

CT造影検査説明書

患者氏名 _____

検査予約日時
年 月 日 時 分

- 検査時間は多少前後することがありますので御了承ください。
- 都合により予約日に来院できない場合は、必ず当院まで御連絡ください。
なお、当日連絡される場合は検査時間1時間前までにお問い合わせください。
- 普段飲んでいるお薬は、診療科の指示に従い飲んでください。
- 食事制限はありません。(ただし、検査2時間前からは控えるようお願いいたします。)
- 水分は多めに飲んでください。(副作用予防の為。水かお茶、ペットボトル1本程度)

<造影剤とは>

- ◇ 造影検査で使用する造影剤は、CTではヨードを含む薬で、静脈から注射して使用します。
- ◇ 造影剤を使用することで、血管の状態、臓器の血流の状態などが分かり、診断や治療の経過について重要な情報が得られます。
- ◇ 腎機能が正常であれば、注射後速やかに腎臓から尿中に排泄され、約24時間でほぼ全ての造影剤が体外に排泄されます。
検査終了後は、早期排泄のため、水分を多めに摂取してください。

<検査に注意が必要な方> 該当する方は、事前にお知らせください。

- ◇ 以前、造影剤を使用した検査を受けたことがあり、その際に気分が悪くなった方。
- ◇ 気管支喘息(ぜんそく)と言われたことがある方。
- ◇ アレルギーがある方。
- ◇ 腎臓や甲状腺の病気がある方。
- ◇ 糖尿病内服薬(メルビン、メトグルコ等)を内服中の方。 →休薬が必要です。
(前後2日間、検査当日合わせて5日間の休薬が必要です。)

<造影剤の副作用>

造影剤は、安全性に十分配慮されて開発されている薬ですが、まれに副作用が生じることがあります。

- ◇ 軽い副作用:100人に3人程度
かゆみ、発疹、発赤、吐き気などがありますが、治療を必要としないものがほとんどです。
- ◇ 重い副作用:4万~40万人に1人程度
呼吸困難、血圧低下、意識障害、ショックなどがあり、治療や入院が必要になります。
- ◇ 死亡例の報告:100万人に1人程度
非常にまれですが、さまざまな処置を行っても改善せず、死に至ることがあります。
- ◇ 遅発性の副作用:検査終了後30分から数日後
検査終了後しばらくして、頭痛、発疹、かゆみ、吐き気などの症状が出る場合があります。
このような症状はほとんどが一時的なものです。御心配なことがあれば御連絡ください。
- ◇ 血管外漏出:200人に1人程度
造影剤を注入する際に、造影剤が血管外に漏れることがあります。腫れや痛みが生ずることがありますが、通常は自然に吸収されていきます。必要に応じて処置を行います。

ご不明な点がございましたら、担当医または検査担当者に遠慮なく御質問ください。
造影剤の必要性和副作用について御理解されましたら、造影検査問診表・同意書を記入し、各医療機関に提出してください。

独立行政法人 労働者健康安全機構
富山労災病院
TEL0765-22-1280 中央放射線科受付(内線2400)