

放射線科検査依頼票 CT/MRI/骨密度

依頼医療機関名		依頼医師名	
---------	--	-------	--

患者情報記載欄			検査日時		
フリガナ		性別	年	月	日
患者氏名		男・女			
生年月日	年	月	日	時	分
		歳			

検査機器、部位記載欄

CT <input type="checkbox"/> 単純のみ・ <input type="checkbox"/> 造影のみ・ <input type="checkbox"/> 単純造影両方	MRI <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳ルーチン・軟部腫瘍) <input type="checkbox"/> 肝臓・胆嚢・脾臓
<input type="checkbox"/> 顔面 (副鼻腔) <input type="checkbox"/> 四肢 (右・左)	<input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 膵臓
<input type="checkbox"/> 聴器	<input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> MRCP (ボースデル無しの場合は指示して下さい)
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 (硬口蓋～胸鎖関節) <input type="checkbox"/> 腎・副腎
<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> CTA	<input type="checkbox"/> 頸部血管 (造影なしMRAのみ) <input type="checkbox"/> 膀胱
<input type="checkbox"/> 腹部 (肝～腎)	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 前立腺・女性骨盤臓器
<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 (造影なし)
※3Dご希望の際は後日郵送となります	
撮影範囲を[]に記載してください	
<input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左上肢(肩・上腕・肘・前腕・手・手指・軟部腫瘍(部位))	
<input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢(股・大腿・膝・下腿・足・足指・軟部腫瘍(部位))	

骨密度

腰椎、股関節

①腰椎・股関節に骨折はありませんか？〈はい・いいえ〉 (部位： 時期：)

②妊娠中ではありませんか？〈有・無〉 ③透析を受けていますか？〈はい・いいえ〉

※1週間以内にバリウム検査、造影MRI、造影CT、RIを受けていると検査できない場合がありますのでご相談下さい

○臨床診断名

○既往

○検査目的



読影	有・無
出力	CD-R・フィルム
提出方法	<input type="checkbox"/> 患者様に手渡し <input type="checkbox"/> 郵送(/ 必着)

○CTの冠状動脈撮影、MRI対応ペースメーカー患者様は当院循環器内科への依頼をお願いいたします。

○複数部位をオーダーされますと検査できない場合がございます。複数部位を希望される場合は必ず予約時にご相談ください。

○造影CT、単純(造影)MRIでは別途同意書も記載必須です。

※提出方法等に記載がない場合はこちらの都合とさせていただきます

※骨密度検査は紙出力で装置自動判定が記載されています

CT検査予約票

医療機関名 _____ 依頼医師名 _____

患者氏名 (カナ) _____ 生年月日 _____ 性別 _____

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 _____

CT検査を受けられる方へ

【当日の手続き】

検査開始予定時刻の**20分前までに**来院し、紹介患者窓口で受け付けを行って下さい。

遅れますと長時間お待たせしたり、検査できない場合があります。

【CT検査とは】

X線を多方向から人体に透過させて測定したデータをコンピューターで解析して、体の輪切りのような画像を作る検査です。

この検査は寝台に寝て撮影を行う、比較的体に負担の少ない検査です。検査に要する時間は15分～30分です。

【検査に必要な準備及び注意事項】

●上腹部CT及びおよび各造影CTの場合、必要時に検査前4時間は禁食して頂きます。

(水・お茶などの水分は摂取して頂いても結構です。)

_____月 _____日 _____時頃から食事は摂らないで下さい

午前検査の方：朝食は摂らないで下さい。

午後検査の方：昼食は摂らないで下さい。

今回検査のための食事制限はありません。

●心臓および高血圧のお薬を処方されている方は、いつも通りお薬を飲んで来院して下さい。

●X線を用いた検査ですので、妊娠している方や妊娠の可能性のある方は必ず主治医に相談して下さい。

●胃、腸造影に使ったバリウムが腸内に残っていると、腹部CT検査に支障をきたします。胃、腸バリウム検査後7日以内にCT検査の予定が入った方はお知らせください。

●ペースメーカーや埋め込み型除細動器をつけている方は主治医に相談して下さい。胸部CT撮影では、誤作動を起こす恐れがありますので本体を避けて撮影する事があります。

●撮影する部位にかかる金属等は、検査時に外して頂く場合があります。

【造影剤を使用して検査を受ける方へ】

●アレルギーやヨード過敏症の方は問診の際に申し出て下さい。

【その他】

●検査日に都合が悪くなったり、予約時間20分前に来院できなくなった場合は早めにご連絡下さい。

●救急患者様が来院された場合、検査予約時間より遅れる場合があります。ご理解とご協力をお願いいたします。

●不明な点は、主治医または検査担当者に遠慮なくご質問下さい。

ヨード造影剤を用いた検査に関する説明書・同意書

今回のX線検査では造影剤（ヨード製剤）を使用して検査を行います。

造影剤は病気（腫瘍など）の有無や病気の性質、範囲を正確に確認する為に用いられます。

一般のお薬と同様に造影剤にも稀に副作用が起きることがあり、使用するにあたってご本人の同意が必要です。

特にアレルギー体質の方は副作用の発現率が高いことが知られており、造影剤が使用できないこともあります。

① 今までに造影剤を使用したことがありますか。 (はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方……そのとき副作用はありましたか。 (はい ・ いいえ)

② 気管支喘息と診断されたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

③ じんま疹などアレルギーを起こしやすいですか。 (はい ・ いいえ)

④ 甲状腺機能の異常で投薬中または疑いといわれていますか。 (はい ・ いいえ)

⑤ 腎機能が悪いといわれていますか。 (はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方……透析は行っていますか。 (はい ・ いいえ)

※ ヨード造影剤投与による急性腎不全（造影剤腎症）の発症が報告されています。

血清クレアチニン値が高値なほど、発症率が高くなるといわれています。

⑥ クレアチニン値mg/dl 採血日 年 月 日

eGFRが60[ml/分/1.73m²]未満の患者様は当科では造影検査を行っておりません。診療科（内科等）に御紹介をお願い致します。

⑦ 現在糖尿病の薬を飲んでいますか。

飲んでいる方は、薬剤名を記入してください。

※ビグアナイド系糖尿病薬を服用中の場合

ヨード造影剤の併用により乳酸アシドーシスを起こすことがあります。

検査前2日・検査日・検査後2日（計5日間）内服を中止して下さい。

⑧わかっている感染症はありますか？ [W氏 HBAg HCV その他 ()]

副作用について

[軽症] 吐き気、嘔吐、発疹、かゆみなど約100人に1人の割合で発生しますが、一過性のものです。

[重症] 呼吸困難、意識障害、ショック状態など2.5万人に1人の割合で発生します。

症状、体質によって約40万人に1人の割合で死亡に至る場合もあります。

[遅発] 検査終了後、数時間から数日の間でじんま疹や頭痛が起こる場合があります。

そのような場合は受診診療科へ連絡し、相談して下さい。（夜間は救急診療科）

※当院では副作用に対応する体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

注射について

ほとんどの方で一時的に体が熱くなりますが、造影剤注入による反応で心配りません。

まれに造影剤が血管の外に漏れる場合があります。この場合、注射部位が腫れて痛みを伴うこともあります。

漏れた造影剤は時間の経過とともに吸収されますが、漏れた量が多い場合は処置が必要になることもあります。

※授乳中の方は検査終了後、48時間授乳を控えてください。

説明された内容についてわからないことがある場合は、遠慮なく医師に質問して下さい。同意書を頂いた後でも、いつでも質問をお受けいたします。

説明医師署名欄 年 月 日 科 医師氏名

私は造影剤を使用した検査に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

記入日 年 月 日

本人署名 :

代理人署名 : (続柄 :)

造影検査終了後チェック 時 分

血圧 / mmHg 脈拍 回/分 前後の変化 有・無 造影後副作用の兆候 有・無

チェック者

--