

|          |  |               |  |
|----------|--|---------------|--|
| 御依頼医療機関名 |  | 医師名           |  |
| 代表電話番号   |  | 緊急連絡先(必須・携帯等) |  |

| 検査日時<br>年 月 日<br>時 分より | 患者様情報記入欄 |                 |     |
|------------------------|----------|-----------------|-----|
|                        | フリガナ     |                 | 性別  |
|                        | 患者情報     |                 | 男・女 |
|                        | 生年月日     | M・T・S・H・R 年 月 日 | 歳   |

検査項目記入欄 (該当部位を○で囲んでください)

| C T |                  |                   | M R I |                    |                   |
|-----|------------------|-------------------|-------|--------------------|-------------------|
| 単純  |                  | 造影                | 単純    |                    | 造影                |
| 頭部  | ルーチン・顔面骨・副鼻腔・側頭骨 |                   | 頭部    | MRI・MRA            |                   |
| 頸部  | 頸部・歯科用インプラント術前   |                   | 頸部    | MRI・MRA            |                   |
| 胸部  | 肺野・縦隔・大動脈・冠動脈    |                   | 胸部    | 心臓                 |                   |
| 腹部  | 上腹部・肝・胆・膵・脾・腎    |                   | 腹部    | MRCP・MRU・肝・胆・膵・脾・腎 |                   |
| 骨盤腔 | 膀胱・前立腺・子宮・卵巣     |                   | 骨盤腔   | 膀胱・前立腺・子宮・卵巣       |                   |
| 上肢  | 右・左              | 肩・上腕・肘・前腕・手関節・手   | 上肢    | 右・左                | 肩・上腕・肘・前腕・手関節・手   |
| 下肢  | 右・左              | 股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足 | 下肢    | 右・左                | 股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足 |
| 脊椎  | 頸椎・胸椎・腰椎         |                   | 脊椎    | 頸椎・胸椎・腰椎           |                   |

<依頼目的>※ 上記にない部位や特別な指示については、こちらにご記入をお願い致します。(Dynamic等)

|                      |       |   |
|----------------------|-------|---|
| 画像出力方法はCD・DVDのみとなります | 読影の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|----------------------|-------|---|

※通常は患者様に画像をお渡し、読影報告書は後日FAXにてご報告となります(出来次第)  
 上記以外の発送をご希望の方は右にチェックを入れて下さい  画像と読影報告書をまとめて郵送  読影報告書は郵送

※冠動脈CTではミオコールスプレー、MRCPではフェリセルツ(経口造影剤)を使用する場合があります。  
 造影検査の場合は、別途『造影剤を使用した検査に関する説明書』もご記入下さい。

※検査のご依頼は [TEL:049-274-7015](tel:049-274-7015) 地域医療連携室へお電話ください。放射線科へおつなぎいたします。

|             |  |  |  |  |       |  |  |
|-------------|--|--|--|--|-------|--|--|
| 保険番号        |  |  |  |  |       |  |  |
| 被保険者証 記号・番号 |  |  |  |  |       |  |  |
| 被保険者氏名      |  |  |  |  | 家族・本人 |  |  |
| 資格取得日       |  |  |  |  |       |  |  |

|                          |             |   |
|--------------------------|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 前期高齢者医療費保険者 | 割 |
| <input type="checkbox"/> | 後期高齢者医療費保険者 | 割 |
| <input type="checkbox"/> | 労災          |   |
| <input type="checkbox"/> | 交通事故        |   |
| <input type="checkbox"/> | 生活保護        |   |
| <input type="checkbox"/> | 自費          |   |
| <input type="checkbox"/> | 母子・父子       |   |

|               |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号       |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療費の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |

※ FAX送信後、原本は患者様にお渡し頂き、当日当院へ持参して下さいますよう、お伝え下さい。  
 また、貴院にて一部控えをご用意頂き、検査終了まで保管をお願いいたします。

# CT・MRI 検査を受けられる方へ

## ◆当日 持参する物◆

- ①検査依頼票(受けられる検査のもの CTもしくはMRI)
- ②造影剤に関する説明書・同意書(造影検査の方のみ)
- ③イムス三芳総合病院の診察券(お持ちの方のみ)
- ④健康保険証

## 【当日の流れ】

1. 検査当日は、予約時間の20～30分前までに、ご来院ください。
2. イムス三芳総合病院1階インフォメーションカウンターにて、上記①～④をご提出ください。
3. 検査受診
  - 所要時間 ・CT検査時間(約 10～30 分) ・MRI検査時間(約 20～50 分)

※CT・MRIともに検査部位によって異なります。

## 【腹部または造影剤を使用される方のみ 当日の飲食について】

- 予約時間の**4時間前**まで(水・お茶は可)
    - (例)・午前10時の予約の場合 → 午前 6時まで飲食可
    - ・午後 3時の予約の場合 → 午前 11 時まで飲食可
- ※腹部または造影剤を使用されない方は飲食に制限はございません。

※その他、各々の検査の注意事項については、下記の通りです。該当箇所のご確認をお願いいたします。

## ◆CT検査注意点◆

- ・次に該当する方は、必ず申し出て下さい。
  - 心臓ペースメーカーをしている
  - 現在妊娠、または妊娠している可能性がある

## ◆MRI検査注意点◆

- ・次に該当する方は、必ず申し出て下さい。
  - 心臓ペースメーカーをしている
  - 現在妊娠、または妊娠している可能性がある
  - 今まで手術をして体内に金属がある方(人工関節等)
  - 入れ歯やインプラント等金属を装着している
  - カラーコンタクトレンズ
    - ※金属が入っている場合があるため、はずしてきて下さい。
  - 閉所恐怖症などがあり、検査に対して強い不安がある場合
  - 入れ墨がある

## 【検査結果について】

CT・MRI の撮影データについては、検査当日に、患者さまにお渡しいたします。  
読影結果につきましては、出来次第、依頼のあった医療機関へ FAX いたします。

## 【お問合せ先】

イムス三芳総合病院 地域医療連携室 TEL:049-274-7015(直通)

※予約日時に都合が悪くなったり、遅れる場合は必ずご連絡下さい。

※上記電話が繋がらないときは、お手数ですが病院代表番号より下記あてにお電話ください。

病院代表番号:049-258-2323 CT・MRI検査…放射線科(内線 2103)

お問い合わせ対応可能時間:平日 8:30～17:30、土曜 8:30～13:00

イムス三芳総合病院 放射線科 地域医療連携室

# ヨード系造影剤を使用した検査に関する説明書

今回のX線検査では、造影剤(ヨード製剤)を静脈注射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ために用いられます。  
一般のお薬と同様に造影剤でもまれに副作用が起こります。  
副作用の原因は様々で予知するのは困難です。  
造影剤を使用するにあたって検査を受けられるご本人の同意が必要です。

## 【ヨード系造影剤の副作用について】

- [軽症] 吐き気、嘔吐、発疹、かゆみなど約 100 人に 5 人以下の割合で発生します。  
ほとんどは一過性のものです。
- [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。  
病状、体質によってはごくまれに死亡に至る場合もあります。
- [遅発] 検査終了後、数時間から数日間でじんましんや頭痛などが起こる場合があります。  
これらの症状は軽度で一時的なものです。改善がみられない場合やご心配の時は受診された診療科にご相談ください。(夜間・休日は当院救急センターへご相談下さい。)
- [その他] 造影剤腎症(腎不全)、乳酸アシドーシス、甲状腺機能異常の悪化など

以下の項目に当てはまる方は副作用の発現率が高くなると知られており造影剤が使用できないこともあります。必ず検査依頼医師または看護師にお申し出下さい。

- 過去にヨード造影剤による副作用、過敏症(吐き気、かゆみ等)がある方
- これまで気管支喘息と診断されたことのある方
- アレルギー体質の方(薬剤、食事、環境因子などのアレルギーを含む)
- 甲状腺機能の異常を診断されている方(疑いも含む)
- 腎機能が悪い方
- 糖尿病のお薬を処方されている方(種類によって休薬が必要です。)

※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、緊急時には最善の処置を施行いたします。

## 【造影剤の注射について】

ほとんどの方で一時的に体が熱くなりますが、造影剤による反応で心配いりません。  
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場合もあります。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、ご遠慮なく検査依頼医師に質問してください。  
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。

※同意された後でも造影検査直前まで撤回する事ができます。

# ヨード系造影剤を使用した検査に関する同意書

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

<検査を受けられる方の確認欄>

- ① 今までにX線検査で造影剤を使用したことがありますか。 ( いいえ ・ はい )  
「はい」と答えた方……そのとき副作用はありましたか。 ( いいえ ・ はい )
- ② これまでに気管支喘息と診断されたことがありますか。 ( いいえ ・ はい )
- ③ じんま疹などアレルギーを起こしやすいですか。 ( いいえ ・ はい )
- ④ 甲状腺機能の異常を診断されていますか。(疑い含む) ( いいえ ・ はい )
- ⑤ 腎機能が悪いといわれていますか。 ( いいえ ・ はい )
- ⑥ 現在、糖尿病の薬を飲んでいる方は、薬剤名を記入して下さい。

\_\_\_\_\_

※ ビグアナイド系糖尿病薬を服用中の場合、乳酸アシドーシスを起こす事があります。  
検査前2日・検査日・検査後2日（計5日間）内服を一時的に中止して下さい。

<依頼医記入欄>

eGFR 値: \_\_\_\_\_ mL/min/1.73 m<sup>2</sup> (推奨 直近3ヶ月以内のもので判断)

※急性腎不全(造影剤腎症)の危険因子として eGFR45 未満の場合、発現リスクが上昇すると報告されています。

当院の CT 造影剤使用基準(ガイドライン参考)

|                                     |             |   |                     |
|-------------------------------------|-------------|---|---------------------|
| eGFR 値(ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ) | 30 未満       | × | 原則禁忌                |
|                                     | 30 以上 45 未満 | △ | 要相談(ガイドラインに準じて前処置等) |

問診の結果から造影剤使用可能と判断し、検査依頼いたします。

説明日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医師名: \_\_\_\_\_

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。

※検査を受けられる方が自署できない場合は、代理人の方が本人署名と代理人署名への記入をお願い致します。

本人署名: \_\_\_\_\_

代理人署名: \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

# ヨード系造影剤を使用した検査に関する同意書

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

## <検査を受けられる方の確認欄>

- ① 今までにX線検査で造影剤を使用したことがありますか。 ( いいえ ・ はい )  
「はい」と答えた方……そのとき副作用はありましたか。 ( いいえ ・ はい )
- ② これまでに気管支喘息と診断されたことがありますか。 ( いいえ ・ はい )
- ③ じんま疹などアレルギーを起こしやすいですか。 ( いいえ ・ はい )
- ④ 甲状腺機能の異常を診断されていますか。(疑い含む) ( いいえ ・ はい )
- ⑤ 腎機能が悪いといわれていますか。 ( いいえ ・ はい )
- ⑥ 現在、糖尿病の薬を飲んでいる方は、薬剤名を記入して下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

※ ビグアナイド系糖尿病薬を服用中の場合、乳酸アシドーシスを起こす事があります。  
検査前2日・検査日・検査後2日（計5日間）内服を一時的に中止して下さい。

## <依頼医記入欄>

eGFR 値: \_\_\_\_\_ mL/min/1.73 m<sup>2</sup> (推奨 直近3ヶ月以内のもので判断)

※急性腎不全(造影剤腎症)の危険因子として eGFR45 未満の場合、発現リスクが上昇すると報告されています。

当院の CT 造影剤使用基準(ガイドライン参考)

|                                     |             |   |                     |
|-------------------------------------|-------------|---|---------------------|
| eGFR 値(ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ) | 30 未満       | × | 原則禁忌                |
|                                     | 30 以上 45 未満 | △ | 要相談(ガイドラインに準じて前処置等) |

問診の結果から造影剤使用可能と判断し、検査依頼いたします。

説明日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医師名: \_\_\_\_\_

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。

※検査を受けられる方が自署できない場合は、代理人の方が本人署名と代理人署名への記入をお願い致します。

本人署名: \_\_\_\_\_

代理人署名: \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)