

X線 CT 検査依頼書（診療情報提供書）

主治医の先生へ

1. 検査依頼書の検査目的や病歴、問診事項などを必ずご記入ください。
2. 造影剤使用を予定されている場合、糖尿病の治療でビグアイド系の薬を服用されている方は、前日と検査後48時間を休薬してください。
3. 体に持続血糖測定器を装着されている方は、撮影部位やその近くに装着している機器は、検査時、外す必要があります。上腕に機器がある場合、頸部あるいは胸部を含む検査でも取り外しをお願いします。
インスリンポンプを装着されている方は、検査部位にかかわらず、検査時、機器を外す必要があります。
緊急性を要さない場合は、機器の交換時期に合わせて検査日を調整することなどもご考慮願います。
4. 所見・CD-Rについては、**郵送とさせていただきます**。
お急ぎの場合は、ご連絡ください。

重要

5. “造影有”あるいは“造影放科に一任”の場合は、**必ず** **造影剤使用同意書** を取得し添付してください。

X線CT検査依頼書（診療情報提供書）

(患者さん用)

紹介先医療機関等名 吉島病院 Tel.241-2167(内線240) Fax.243-0855

院長 山岡 直樹 殿 年 月 日

担当医放射線科 福田 浩 殿

紹介元医療機関の所在地・名称・電話番号

医師氏名

印

フリガナ

患者氏名

性別

患者住所

Tel.

体重 kg

生年月日 T. S. H. R. 年 月 日

検査日時 年 月 日 (曜日)

午前 ・ 午後 時 分

国家公務員共済組合連合会

吉島病院

〒730-0822 広島市中区吉島東3丁目2番33号

TEL 082-241-2167(内線240) FAX 082-243-0855

検査を受けられる方へ

1. 検査日時は上記のとおりです。
2. 検査当日、**検査時間20分前**までに受付①番窓口はこの用紙をお出しく下さい。
(保険証またはマイナ保険証と依頼書をご持参ください)
3. 検査は約10～30分で終了しますが、検査の開始時間は予定よりも多少前後する場合があります。ご了承ください。
4. 腹部または骨盤の検査や造影剤を使用する場合には、**検査前の食事は食べられません。**
※脱水にならないために、コップ1～2杯程度の水またはお茶を飲むことをお勧めします。
もし食事を食べて来られる場合は、予定時間より数時間遅らせて行う場合があります。
5. (1) 体に**持続血糖測定器**を装着されている方
 - 撮影部位やその近くに装着している機器は、検査時、外す必要があります。
 - 上腕に機器がある場合、頸部あるいは胸部を含む検査でも取り外しをお願いします。(2) **インスリンポンプ**を装着されている方
 - 検査部位にかかわらず、検査時、機器を外す必要があります。※(1)(2)ともに緊急性を要さない場合は、機器の交換時期に合わせて検査日を調整することも考えられます。
6. バリウム検査を1週間以内に受けられた方は、残存しているバリウムが診断の妨げとなるため胸部・腹部・骨盤部のCT検査はできませんので、事前にお知らせください。
7. 授乳中の方は、造影剤を使用した場合、検査後48時間は授乳せず搾乳して捨ててください。
8. 来院できない場合、また不明な点がある場合は、下記へ連絡してください。

国家公務員共済組合連合会

〒730-0822 広島市中区吉島東3丁目2番33号

吉島病院

TEL 082-241-2167 放射線科受付 (内線218)

X線 CT 検査依頼書 (診療情報提供書) (ご依頼 施設保存用)

紹介先医療機関等名 吉島病院 Tel.241-2167(内線 240) Fax.243-0855

院長 山岡 直樹 殿 年 月 日

担当医放射線科 福田 浩 殿

紹介元医療機関の所在地・名称・電話番号

医師氏名 印

フリガナ
患者氏名 性別
患者住所
Tel. 体重 kg
生年月日 T. S. H. R. 年 月 日
検査日時 年 月 日 (曜日)
午前 ・ 午後 時 分

造 影
(有 ・ 無 ・ 放科に一任)
(同意書必要) (同意書必要)

返送用画像については
CD-R への書き込みとさせていただきます

検査部位 頭部・顔面・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・四肢・脊椎
その他 ()

問診(赤字は重要 ●は禁忌)

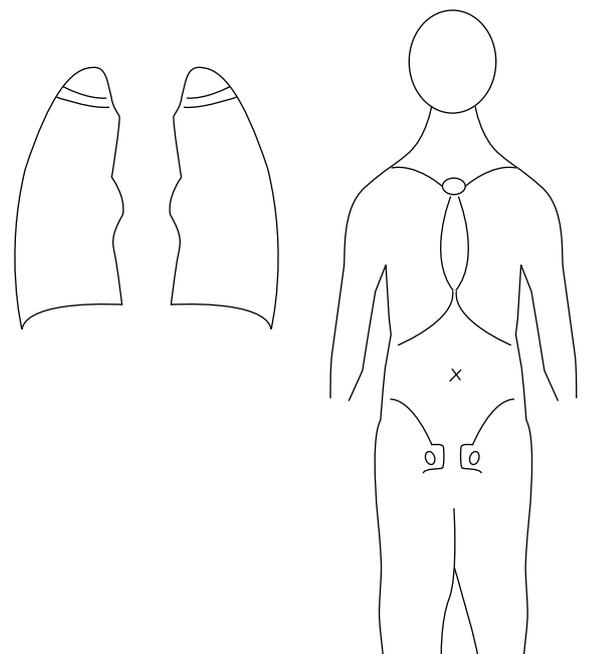
造影なしの場合記入不要

- 妊娠または妊娠の可能性 (有・無)
- 1週間以内のバリウム検査 (有・無)
- 持続血糖測定器 (有・無)
- インスリンポンプ (有・無)
- ヨード造影剤アレルギー歴 (有・無)
- 重篤な甲状腺機能亢進症 (有・無)
- 気管支喘息 (有・無)
- 腎機能障害 (有 { Cr=
eGFR= })・無
- 併用禁忌:
- ビグアナイド系糖尿病薬の服用(有・無)
- 授乳中 (有・無)
- その他アレルギー (有・無)

臨床診断

検査目的

病歴及び関連検査成績 (既往歴)



※必ず主治医が責任を持ってご記入をお願いします。

X線 CT 検査依頼書 (診療情報提供書)

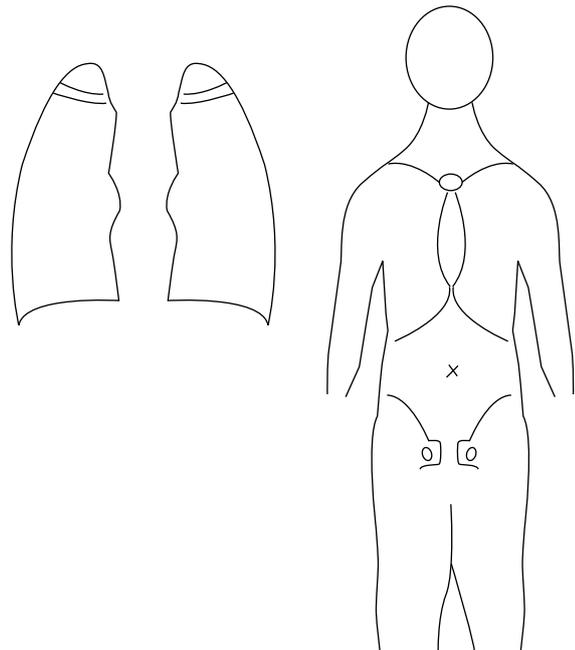
(持参用)

紹介先医療機関等名	吉島病院	Tel.241-2167(内線 240) Fax.243-0855
院長	山岡 直樹 殿	年 月 日
担当医放射線科	福田 浩 殿	
紹介元医療機関の所在地・名称・電話番号		
医師氏名		印

フリガナ 患者氏名 性別 患者住所 Tel. 体重 kg 生年月日 T. S. H. R. 年 月 日 検査日時 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分	造 影 (有 ・ 無 ・ 放科に一任) <small>(同意書必要) (同意書必要)</small>
返送用画像については CD-R への書き込みとさせていただきます	

検査部位	頭部 ・ 顔面 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 上腹部 ・ 骨盤部 ・ 四肢 ・ 脊椎 その他 ()
------	----------------------------------------------------

問診(赤字は重要 ●は禁忌) ●妊娠または妊娠の可能性 (有・無) ●1週間以内のバリウム検査 (有・無) ●持続血糖測定器 (有・無) ●インスリンポンプ (有・無)	造影なしの場合記入不要 ●ヨード造影剤アレルギー歴 (有・無) ●併用禁忌： ●重篤な甲状腺機能亢進症 (有・無) ビグアナイド系糖尿病薬の服用(有・無) ○気管支喘息 (有・無) ○授乳中 (有・無) ○腎機能障害(有〔Cr= eGFR=〕・無) ●その他アレルギー (有・無)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

臨床診断
検査目的
病歴及び関連検査成績 (既往歴) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>

※必ず主治医が責任を持ってご記入をお願いします。

ヨード造影剤使用に関する説明書

1. 目的

検査当日、造影剤という静脈注射用検査薬を使用する可能性があります。造影剤を使用することでより詳しく病変の状態（周囲の血管の状態や病気の部位の血流状態や特徴など）を知ることができます。造影剤はヨードを含むため、まれに副作用を生じることがあります。

2. 注意および禁忌

- 以前に造影剤で具合が悪くなったことがある方
- 重篤な甲状腺疾患のある方
- 気管支喘息やアレルギー体質と診断されている方
- 腎機能低下がある方、もしくは人工透析中の方
造影剤の排泄が遅れるため、急性腎不全など症状が悪化する可能性があります。
- ビグアナイド系の糖尿病治療薬を服用中の方
治療薬の腎臓からの排泄が減少し、乳酸アシドーシス（血液中の乳酸が増えて酸性になった状態）を生じる可能性があります。検査前日から2日後まで服用を中止して下さい。
- 妊娠中あるいは授乳中の方
乳汁中に排泄されたヨードが乳児に中毒を起こす危険性があるため、造影剤使用後48時間は授乳せず搾乳して捨てて下さい。48時間を経過した後は授乳してもかまいません。

3. 副作用の出現頻度

- 軽い副作用（5人/100人未満）：嘔気・嘔吐、頭痛、めまい、じんま疹など
- 重い副作用（1人/1,000人未満）：冷や汗、血圧低下（ショック状態）、呼吸困難など
極めてまれですが、心停止、呼吸停止といった報告もあります。

検査中は担当者・スタッフが常にあなたを見守っています。万が一副作用が生じた場合には迅速に対処しますので、気分不良など生じたときには速やかにお知らせ下さい。また、検査終了後数時間から数日後に異常が現れることがあります、その場合には下記までご連絡下さい。

吉島病院 代表 (082)241-2167

同意書

吉島病院 院長 殿

私は、ヨード造影検査について担当医師より説明を受け、その内容、必要性ならびに副作用の可能性について理解しましたので検査を受けることに

() 同意します。

どちらか該当する方を選び()内に○を記載してください

() 同意しません。

ただし、同意した後でも、理由の如何を問わず承諾を取り消すことができるものとします。

年 月 日

患者署名(自署) _____

代理または同席の場合

家族署名(自署) _____ 続柄 _____

説明し同意が得られたことを確認します。 紹介元医療機関名 _____

説明紹介元医師(自署) _____

同席の場合

同席者(自署) _____ 職種 _____