

X線 CT 検査を受けられる患者様へ

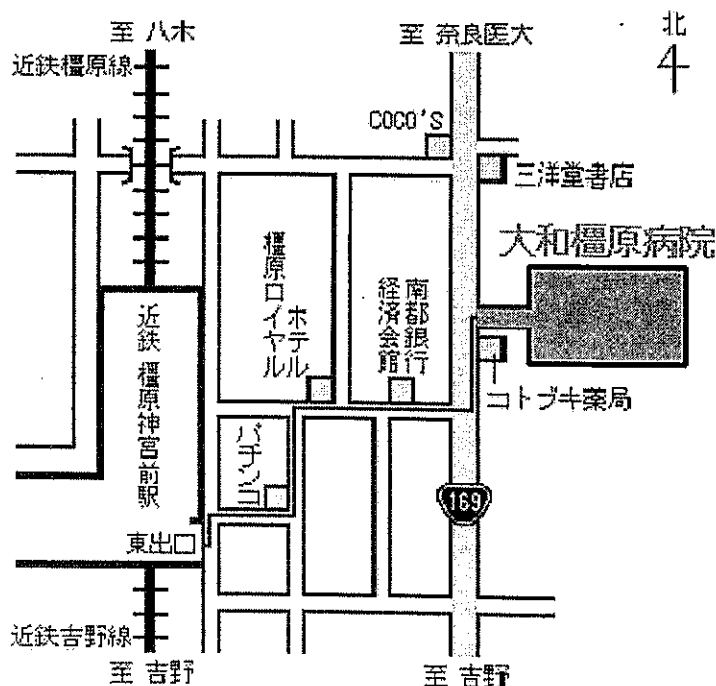
予約検査日 月 日 AM・PM :

- CT 検査は、X 線を利用して人体のあらゆる断面をコンピューターで調べる検査です。
- 検査当日は予約時間の 30 分前に、紹介状、保険証と持って大和橿原病院総合受付に御来院ください。
- 腹部 CT 検査、造影 CT 検査の場合は絶食が必要になります。
(水分は軽く摂取していただいても結構です。)
 - ・ 検査予約時間が 午前の患者様は朝食を絶食してください。
 - 午後患者様は昼食を絶食してください。
- 造影 CT 検査を受けられる患者様は、別紙に書かれた「造影 CT 検査を受ける方へ」の説明をよく読み、主治医の説明を聞いた上で検査同意書にご署名ください。
- 都合で来られない時や、検査予約の変更、分からないことについては下記の電話番号にお問い合わせください。

当院への交通案内

医療法人橿原友紘会 大和橿原病院
橿原市石川町 81 番地
代表電話 0744-27-1071 (内線 140)
放射線科直通電話 0744-28-2966

- ・ 近鉄橿原神宮前駅東出口より徒歩 2 分
- ・ 奈良交通橿原銀宮東停留所より徒歩 2 分



CT検査依頼用紙

(院外用)

紹介医療機関名			
医師名			
患者氏名 フリガナ：	依頼日	令和	年 月 日
	生年月日	M・T・S・H	年 月 日
	男・女	身長： cm	体重： kg
検査予約日： 月 日 () 午前・午後 時 分			

検査部位

1、脳	8、心臓
2、副鼻腔・側頭骨	9、動脈系：胸部大動脈・腹部大動脈・下肢動脈
3、インプラント(上顎骨・下顎骨)	10、静脈系：肺動脈・下肢静脈
4、頸部	11、頸椎・胸椎・腰椎
5、胸部・肋骨	12、関節：肩・肘・手・膝・足 (右・左)
6、上腹部・腹部～骨盤	13、四肢：上腕・前腕・手・大腿・下腿・足 (右・左)
7、骨盤・股関節	14、その他
造 影： 要 ・ 不要	

臨床診断	主 訴
現病歴・関連検査成績及び依頼目的 (

大和橿原病院 造影 X 線 CT 検査問診票兼同意書

氏名

説明年月日 : 年 月 日

生年月日

説明医師

造影 X 線 CT 検査について

今回実施する CT 検査は、“ヨード造影剤”という薬の注射をします。造影剤は CT 検査で病気の有無や病気の性質、範囲といったことをより正確に評価するために用いられるものです。造影剤を使うかどうかは検査の部位や目的によってさまざまで、検査に応じて医師が判断します。造影剤を使うとまれに副作用が起こることもあります。副作用の種類は次のようなものです。

- 1, 軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹などです。検査の1~2日後に発疹が現れることもあります。これらは治療を要さないか、1~2回の投薬や注射で回復するものです。このような確率は約100人につき5人以下、つまり5%以下です。
- 2, 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全などです。このような副作用は、入院の上治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。このような確率は、約6,000~9,000人につき1人、つまり0.01~0.02%です。
- 3, 病状・体質によっては約10~20万人につき1人の割合(0.0005%~0.001%)で、死亡する場合があります。

4, 造影剤を注射する時には、

- ① 身体が熱くなることがありますが、直接の刺激で心配ありません。
- ② 勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば吸収されて心配ありません。漏れた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもあります。非常にまれです。

当院では検査中、看護師が患者様の様子を観察しており、万一の副作用に対しても素早く対応出来るようにした上で検査を行っています。もし変だと感じたら、ためらわずすぐにおっしゃってください。

その他分からないことや、気になることがあれば検査担当者にお申し出下さい。

問診・今まで、造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか?

なし あり：「あり」の場合 CT検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影、MRI検査

・あると答えられた方へ、その時副作用はありましたか?

なし あり：じんま疹、吐き気、嘔吐、その他()

・今までに喘息と言われたことがありますか?

なし あり(時期) わからない

・今までに腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)と言われたことがありますか?

なし あり

・現在心臓の薬を飲んでいますか?

なし あり(その薬の名前が分かれば記入してください)

・現在妊娠中、または妊娠している可能性があります。

なし あり 分からない

造影 X 線 CT 検査同意書

造影 X 線 CT 検査について、どちらかの□内にチェックを入れてください。

同意：上記の説明により、造影剤を使用した検査を受けることについて理解できましたので、これを受けることに同意します。(同意された場合でも、いつでも撤回できます。)

拒否：上記の説明を受けましたが、造影 X 線 CT 検査を拒否します。そのことによる結果について、主治医及び病院の責任を追及いたしません。

記載日 年 月 日

本人ご署名

保護者または代理人署名(続柄)

本人の署名がある場合は、代理人の署名は不要です。