

X線CT検査依頼書

フリガナ				生年月日	年齢	身長	体重
氏名				年 月 日	歳	cm	kg
検査希望日	第1希望	年 月 日(AM・PM)	第2希望	年 月 日(AM・PM)			
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純	Cr 値: eGFR:	読影	<input type="checkbox"/> 有	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有()	
	<input type="checkbox"/> 造影	Cr値検査日付:		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無	
検査部位					疾患名、検査目的など		
頭部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭蓋骨(3D) <input type="checkbox"/> 脳血管3DCTA			<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 参照			
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 中内耳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顎部						
体幹	胸部	<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 肺野					
	上腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 副腎					
	下腹部	<input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 消化管 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 骨盤腔					
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎尾骨						
四肢	みぎ	<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕・前腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿・下腿					
	ひだり	<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足趾					
血管	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 四肢、下肢動脈・静脈						

X線CT検査 問診表

造影剤を使用する検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。

1. 今まで、造影剤を使用する検査を受けたことがありますか？
 いいえ はい
2. そのとき、副作用はありましたか
 いいえ はい → 発疹・かゆみ・吐き気・頭痛・動悸 その他()
3. ビグアナイド系糖尿病薬を服用していますか？
 いいえ はい
4. 腎臓の機能が悪い(腎不全など)といわれたことがありますか？
 いいえ はい
5. 妊娠している、または可能性がある？
 いいえ はい

X線CT検査 同意書

私は、いわき市医療センターにてCT検査を受けるにあたり、紹介元医師から以下の内容

- 検査の必要性について
 医療被ばくについて
 造影剤に関する説明

について十分な説明を受け、診療上必要であることを理解いたしましたので、その実施に同意します。尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても同意します。

同意日 年 月 日

紹介元医師署名: _____ 患者氏名

(注)本人が未成年または署名できない場合は下記にご記入ください。

保護者または
保証人氏名 :

(続柄:)

保護者または
保証人の住所 :

医療被ばくに関する説明

○ 検査の必要性について

- ・ 病気やけがを、迅速に、正確に、見つけます。
- ・ 診断、治療方針の決定など に対して重要な情報が得られます。
- ・ 放射線により被ばくしますが、検査によって得られる利益のほうが十分に大きいと判断される場合に実施します。

○ 放射線と発がんについて

一般的には100ミリシーベルト以下の放射線被ばくによる影響はほとんどないと考えられています。放射線は無害ではありませんが、日常生活の様々な影響（大気汚染、喫煙、大量飲酒、運動不足など）の方が大きくなるため、検査での放射線による発がん率の増加は確認されていません。

- いわき市医療センターでは放射線被ばくを必要最低限に抑えて検査を行うよう努めています。

