

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 :

造影剤に関する説明書

患者様氏名 _____

1 造影剤の使用目的

今回実施する検査（ _____ ）では、造影剤を使用します。

造影剤を使用することにより、新たな病変が見つかったり、病変が明瞭になり、病気の性質についてのより詳しい情報を得ることが出来ます。

2 造影剤の使用法

造影剤は静脈もしくは動脈を穿刺して体内に注入します。造影剤を注入する際には熱感を伴いますが、一時的であり心配はいりません。

3 副作用

造影剤の使用により、時として以下のような症状が出現する場合があります。

(1) 過敏症状

- ① 皮膚症状 : かゆみ、発疹、発赤、蕁麻疹
- ② 消化器症状 : 悪心、嘔吐、腹痛
- ③ 循環器症状 : 血圧低下、徐脈、頻脈、血管痛、ショック

(2) 神経・神経系 : 頭痛、ふらつき、めまい

(3) その他 : 腎不全、肺水腫、呼吸困難、せん妄、錯乱、熱感、発熱

4 副作用に対する対応

(1) 副作用の発生頻度は、約4%です。程度は75～80%が軽度で、約20%が中程度で、5%以下で高度な場合があります。

副作用が軽度の場合は、経過観察のみで改善することが多いのですが、中等度の場合は症状に応じて抗アレルギー剤や副腎皮質ステロイドなどを投与する場合があります。高度の場合は、気管内挿管など特別な治療を要する場合があります。

いわき市医療センターでは、万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。異常が現れた場合、ためらわず、すぐにおっしゃって下さい。

(2) 造影剤を使用した直後から症状の出る場合が大半ですが、まれに24時間以上経過してから症状の出る場合もありますので、上記のような症状があればいわき市医療センター（TEL 0246-26-3151）に連絡してください。

(3) 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が、基本的には時間がたてば吸収されるので心配ありません。非常にまれですが、もれた量が多い場合には、別の処置が必要となることもあります。

(4) 薬剤アレルギー、特に過去に造影剤でアレルギー反応の出現した方は、必ず担当医に申し出てください。

(5) 経口糖尿病薬を内服している方は、担当医にお薬手帳をお出し下さい。

紹介元医師名 _____

患者様氏名(本人) _____

(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。

同席者(親族等)氏名 _____

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。

