

CT 検査を受けられる方へ

様

あなたの

検査予約日時は 月 日 時 分 (開始予定)

検査部位は (単純 ・ 造影)

必要な前処置は なし ・ あり 禁食 朝 ・ 昼

※休薬指示 薬剤名 休薬期間 月 日から 月 日まで

※具体的な指示はかかりつけ医にお聞きください

- **予約時間の30分前迄に患者サポートセンター窓口へお越しください**
(予約時間を過ぎますと検査ができなくなる場合がございます)


当日お持ちいただくもの

本状 医療情報提供書 健康保険証 医療受給者証 (お持ちの方)

(造影の方のみ) **造影剤使用についての問診票 造影剤使用同意書**

お薬手帳 (お持ちの方)

- 当日都合の悪い方は必ず前もって下記の連絡先にご連絡ください
- 検査に要する時間は概ね15分から30分程度です
- 救急患者の対応を優先することがあります。この場合予約時間に検査ができないことがあります。ご了承ください
- 精密機器を使用しておりますので予期せぬトラブルが発生した際には予約日時を変更させていただきます。ご了承ください

 新潟厚生連 小千谷総合病院

患者サポートセンター

直通 0258-81-1616

診療時間外連絡先 0258-81-1600 (代)

造影剤使用についての問診票

記入日 20 年 月 日

氏名 _____ 代理記入者 (氏名 _____ 続柄 _____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

今回の検査では造影剤を使用して検査を行います。造影剤の副作用（別紙説明あり）リスクを事前に知り安全に検査をするために以下の質問にお答えください

1. 検査歴とその時の副作用についてお聞きします

- 造影剤を使用して検査を受けたことがありますか？ なし あり わからない
 “あり”と答えた方、その時帰宅後も含めて何か異常はありましたか？
なし あり
 > 何の検査で起こりましたか？ (CT ・ MRI ・ その他 _____)
 > どのような症状でしたか？
吐き気 嘔吐 かゆみ 湿疹 紅潮 くしゃみ 咳
血圧低下 意識消失 呼吸困難 その他 (_____)

2. アレルギーについてお聞きします

- お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？ なし あり
 (食べ物 _____ お薬 _____)
- 花粉症やアトピー性皮膚炎などがありますか？ なし あり
 (花粉症 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎)

3. 以下の疾患についてお聞きします

- 気管支ぜんそくと診断されたことはありますか？ なし あり (治療中 ・ 治療していない)
- 腎臓の病気や機能が悪いと言われたことがありますか？ なし あり (病名 _____ 透析中)
- 心臓病と診断されたことはありますか？ なし あり (病名 _____)
- 甲状腺の病気と診断されたことはありますか？ なし あり (病名 _____)
- 糖尿病と診断されたことがありますか？ なし あり (薬名 _____)
 ※薬剤名がわからない場合、お薬の写真があります。ご参照ください
- その他、以下の疾患と診断されたことがありますか？ なし あり
 (褐色細胞腫 ・ 多発性骨髄腫 ・ マクロブリン血症 ・ テタニー)

4. 妊娠、授乳について女性の方のみお答えください

- 現在、妊娠している、またはその可能性はありますか？ いいえ はい
- 現在、授乳中ですか？ いいえ はい

造影剤使用同意書

小千谷総合病院 病院長 殿

私は、今回 20 年 月 日予定の CT・MRI・血管造影・その他() 検査において造影剤使用について、別紙説明にもとづき、依頼医師より説明を受け質問する機会を得ました。造影剤の必要性やその副作用について理解した上で以下のように回答いたします
医師の判断により検査で造影剤の使用が必要とされた場合

下記1.または2.のいずれかを○で囲みご署名ください

1. 造影剤を使用することに同意します

予期せぬ事態の際に救急処置が適宜行われることにも同意します

2. 造影剤を使用することに同意しません

造影剤を使用しないことにより診断の精度が低くなることも理解しました

20 年 月 日

本人氏名 _____

代理人氏名 _____ (続柄 _____)

医師記入欄

■ 直近（検査前3ヶ月以内）の eGFR 値 _____ mL/min/1.73 m²※または CRE 値 _____ mg/dL※ 人工透析中にて測定不問 測定日 20 年 月 日

■ ヨード造影剤使用時のビグアナイド系糖尿病薬の休薬指示

(月 日から 月 日まで休薬・休薬無し)

以上、造影剤による副作用の可能性を考慮した上で、正確な診断のために造影剤の使用を必要と判断します。また、造影剤の使用について患者様に説明し同意書と問診の内容を確認しました。

■ 禁食指示（なし・あり） 月 日（朝食・昼食）20 年 月 日

※記載のない場合は造影剤を使用できません

医師名 _____ 印 _____

検査施行者記入欄

指示確認

 休薬指示 禁食指示

問診での該当項目

 なし あり (医師に確認の上、検査実施 造影検査中止 検査のすべてを中止)

検査時の副作用

 なし あり (副作用の種類: _____)検査施行日 20 年 月 日 放射線技師名 _____

看護師名 _____

造影剤使用同意書

小千谷総合病院 病院長 殿

私は、今回 20 年 月 日予定の CT・MRI・血管造影・その他() 検査
において造影剤使用について、別紙説明にもとづき、依頼医師より説明を受け質問する機会を得ました。造影剤の必要性やその副作用について理解した上で以下のように回答いたします
医師の判断により検査で造影剤の使用が必要とされた場合

下記1.または2.のいずれかを○で囲みご署名ください

1. 造影剤を使用することに同意します

予期せぬ事態の際に救急処置が適宜行われることにも同意します

2. 造影剤を使用することに同意しません

造影剤を使用しないことにより診断の精度が低くなることも理解しました

20 年 月 日

本人氏名 _____

代理人氏名 _____ (続柄 _____)

医師記入欄

以上、造影剤による副作用の可能性を考慮した上で、正確な診断のために造影剤の使用を必要と判断
します。また、造影剤の使用について患者様に説明し同意書と問診の内容を確認しました。

20 年 月 日

医師名 _____ 印 _____