診療情報提供書 （兼 CT 検査依頼状）

苑田会放射線クリニック 行 FAX: 03-5851-5752

〒121-0064 東京都足立区保木間 3-4-19 院長 齋藤勉 TEL 03-5851-5751

依頼医療機関情報

医療機関名称	診療科
所在地 電話番号	担当医

患者情報

（フリガナ） 患者氏名	生年月日 年 月 日	性別 男 ・ 女
住所 電話番号		

検査日時: 年 月 日 午前・午後 時 分
検査方法:□単純 □造影(要同意書)
検査部位:□頭部 □頸部 □胸部 □上腹部 □骨盤 □頸椎 □胸椎 □腰椎 □四肢( ) □その他(具体的に)
診断名・臨床症状・検査結果・検査目的
既往歴及び家族歴
現在の処方
要望事項
□ 画像データ:CD-R 当日持ち帰り希望 （読影レポートは後日郵送になります。）

造影 CT 検査問診票

該当する方に○、質問項目への記載をお願いします。		
1. 過去に造影検査を受けたことがありますか。	はい	いいえ
いつ頃(　　) 検査の種類(　　)		
2.過去の造影検査で副作用がありましたか。	はい	いいえ
副作用の症状(　　)		
3.過去に薬によってアレルギーがおきたことがありますか。	はい	いいえ
アレルギーをおこした薬剤名(　　)		
4.気管支喘息と言われたことがありますか。	はい	いいえ
5.腎臓の働きが悪い(腎不全など)いわれたことがありますか。	はい	いいえ
6.糖尿病のお薬を飲んでいますか。	はい	いいえ
7.甲状腺の病気はありますか。	はい	いいえ
8.現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか。	はい	いいえ
9.現在、服用中のお薬はありますか。お薬手帳を確認させてください。	はい	いいえ

造影 CT 検査同意書

医師記入欄

eGFR:_____ml/min/1.73m^2 (3 ヵ月以内のデータ推奨)　　体重:　　Kg		
※eGFR が 30 以下で造影不可(要相談)。 45 以下は検査前後の輸液推奨。		
ビグアナイド系製剤の服用歴	あり	なし
※腎機能不良の場合は検査日を含めた前後 2 日間の休薬が推奨されています。		

私は造影 CT 検査の注意事項や副作用に関して説明を行いました。
説明日:　　年　　月　　日

説明医師の署名:(氏名)_____

患者記入欄

私は、造影 CT 検査の注意事項と副作用について説明を受け、十分に理解したうえで、検査を受けることに同意します。万一副作用が現れた場合には必要な処置を受けることも承諾します。
(同意された後でも、同意を撤回することが出来ます。)

年　　月　　日

患者署名:_____

代理人署名:_____続柄(　　)

ルート時
担当者
確認サイン

撮影時
担当者
確認サイン

医療法人社団　苑田会　苑田会放射線クリニック　03-5851-5751

苑田会放射線クリニック

造影 CT 検査　予約票

患者氏名	**様**
予約日時	**年　　月　　日　　：　　～**

≪お持ちいただく物≫

・マイナンバーカード・医療証など　・予約票　・診療情報提供書　・診察券（お持ちの方のみ）

≪検査前の準備・注意事項≫

○ 検査前の 3 時間はお食事を控えてください。

○ 水分（水またはお茶）は検査前に多めに飲んでください。

（ジュース、コーヒー、牛乳などの脂肪を含む飲料は、控えてください。）

○ 金属のついた服は、脱衣ないし、検査着への着替えをお願いすることがあります。

○ 別紙の問診票・同意書を必ずお持ちください。忘れたり紛失されたりした場合は確認・再作成に時間を要し、予定時刻に検査ができない場合がございます。

≪病院に着いたら≫

○ 受付をお済ませください。

○ 診察・問診票・同意書の確認を行った後、検査準備のため腕の静脈に注射を行います。

注射を行った後、CT 室にて検査を行います。

≪検査中≫

○ 担当技師より検査の説明・指示があります。ご不明な点は遠慮なくお申し出ください。

○ 万一副作用発生時に迅速な対応ができるようにしたうえで、検査を行っていきます。

体調の変化を感じたら、すぐ教えてください。

≪検査終了後≫

○ 検査終了後は他の検査・診察がなければ水分制限・食事制限はございません。

○ 検査に使用した造影剤は尿と一緒に排泄されます、普段より多めの水分摂取をお願いします。

○ 検査結果に関しましては、担当医師にお尋ねください、担当技師からは回答できません。

医療法人社団　苑田会　苑田会放射線クリニック　03-5851-5751

造影CT検査を受けられる方へ

下記の注意事項をよくお読みになり別紙の問診票・同意書を必ずお持ちください。

○問診票・同意書について

医師の説明および下記の注意事項について十分ご理解・ご納得された上で別紙の問診票・同意書のチェック欄にチェックを入れ必要事項をご記入後、同意書にご署名頂きますようお願いいたします。

ご記入いただきましたら、検査時に必ず放射線科までお持ちください。問診票・同意書がない場合、原則造影 CT 検査は行いません。

お忘れになった場合、確認にある程度の時間を要します。必ずお持ちください。

同意書にご署名後であっても、いつでも撤回できます。場合によっては、造影剤を使用しない検査に変更することもあります。

造影剤を使用しない場合、診断が難しくなる場合があります、ご了解ください。

○造影剤について

今回の検査は「CT 用造影剤：ヨード造影剤」を静脈注射し行います。

通常は腕の静脈から注射された造影剤により、病変や臓器が見やすくなり、診断がしやすくなります。

○造影剤による合併症・不具合（以下、有害事象）

造影 CT 検査に伴う有害事象として以下のことがあげられます。このような危険を避けるよう細心の注意を払い、万一生じた場合にも最善の対処をいたしますが、事前の予測が現代医学をもってしても難しく「絶対ない」と言い切れないものとご理解ください。

急速に注入するため、血管外に造影剤が漏れる場合があります。一般的には数日以内に吸収されますが、極めて稀に手のしびれを伴うことがあります、その際は担当者に教えてください。

また、注入中は一時的に身体が熱く感じられますが、徐々におさまっていきますのでご安心ください。

副作用として即時性副作用と遅発性副作用の 2 種類に分けられます。

●即時性の特徴

投与直後～30 分後におこります。

嘔気・嘔吐・頭痛・くしゃみ・発疹・かゆみなど（頻度は5%以下）。極めて稀に（頻度は 0.004%）、呼吸困難・ショックなど生命にかかわる重篤な症状が出ることがあります、非常にまれですが死亡例の報告もあります。

投与後体調の変化を感じましたら遠慮なく、おっしゃって下さい。

●遅発性の特徴

造影剤使用後、数時間から数日後に現れます。

発疹・発赤・嘔吐・血圧低下・頭痛などです、ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、気になる場合はご遠慮なく苑田第一病院に連絡してください。

医療法人社団　苑田会　苑田会放射線クリニック　03-5851-5751

苑田会放射線クリニックのアクセス

（苑田第一病院（白い建物）の草加よりにある、茶色の建物になります）

〇東武スカイツリーライン　竹の塚駅東口より

・徒歩　20 分

・東武バス

綾 24 系統「綾瀬」行に乗車

「保木間三丁目」停留所下車徒歩 1 分

竹 15 系統「花畑団地（保木間仲通り経由）」行に乗車

「保木間」停留所下車徒歩 1 分

〇つくばエクスプレス　六町駅（東口 A1 より）

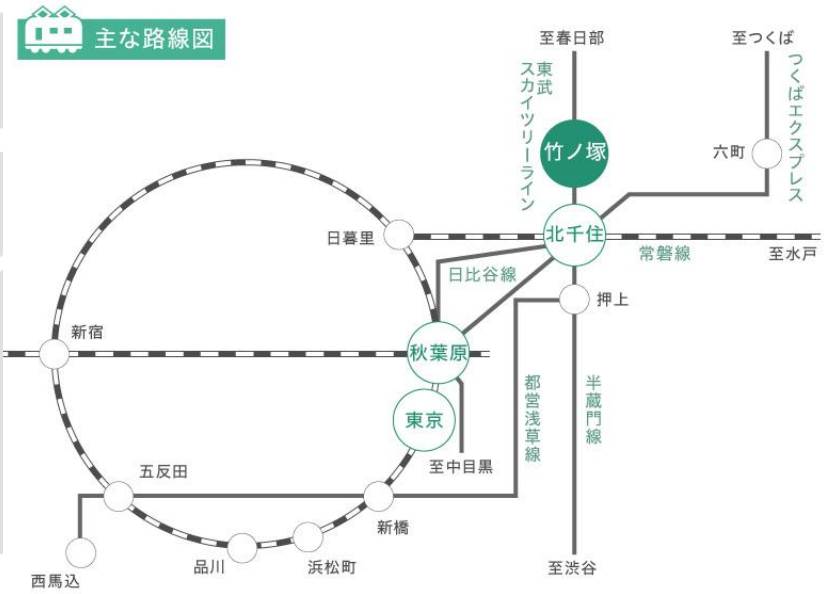
・東武バス

綾 24 系統「竹の塚駅東口」行に乗車

「保木間三丁目」停留所下車　徒歩 1 分







〒121-0064

東京都足立区保木間 3-4-19

医療法人社団　苑田会　苑田会放射線クリニック　03-5851-5751