

CT検査依頼書

| | |
|-------|--|
| 依頼医院名 | |
| 医師名 | |

| | | | | | |
|------|--|----|------|---|----|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | |
| 患者氏名 | | 男 | 年 | 月 | 日生 |

| | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|
| 検査予約日 (電話予約が必要です) | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |
|----------------------|---|---|---|---|---|

1. 希望検査部位 (を付けてください) 同部位の前回CTの有無 (平成 年 月 日)

- 頭蓋内 眼窩 中耳 副鼻腔 顔面 頸部 上腹部 下腹部
 骨盤部 胸部 脊椎 【 頸 胸 腰 仙椎 : 範囲 (~)
 その他 ()

2. 造影 (印を付けてください)

| 要 | 不要 | 適宜 | 禁忌 |
|---|----|----|----|
| | | | |

参考 : 造影剤禁忌の既往症としては、以下の疾患があげられます。

| | |
|--------|---|
| 絶対禁忌 : | ヨード過敏症の既往、重篤な甲状腺疾患 |
| 原則禁忌 : | 気管支喘息、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、急性膵炎、褐色細胞腫、テタニー、重篤な機能障害(肝・腎・心)、脱水など |

3. 検査の主な目的および臨床診断 ()
臨床情報について簡単にお知らせください。

4. 患者様の一般状態 (を付けてください) 独歩 車椅子

- 感染 有 無 (HCV HB 梅毒 MRSA Tbc 疥癬 その他 ()
糖尿病治療 有 無 アレルギー 有 無 (造影剤 抗生剤 キシロカイン
その他 () 妊娠の可能性 有 無

5. その他(腹部検査又は造影が必要である場合のみご記入ください)

腎機能異常 無 有 【Cr mg/dl , BUN mg/dl 】(検査実施日 平成 年 月 日)

透視検査 無 有 【UGI/Ba注腸: 月 日 Ba検査から1週間以降でなければ腹部CTは不能です。

検査を受ける患者様へ

— 造影剤の使用について—

CT検査では、病気をより正確に調べるために、造影剤の静脈内注射を行なう場合があります。時に造影剤の副作用として、吐き気、咳、かゆみや蕁麻疹、喘息が出たり、まれに血圧低下などが見られることがあります。これらの症状はアレルギー体質の方に多いとされています。

検査担当者が十分注意しながら造影剤の注射を行ないますが、検査をより安全なものとするため、あらかじめ、下記の質問にお答えください。

もしご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ねください。

質 問

1. 今までに、造影剤を使ったことがありますか？（CT、尿路造影検査、血管撮影検査など）

ある

ない

わからない

※造影剤を使ったことが「ある」と答えられた方へ。いつごろどんな検査でしたか？ また、その時に何か、症状がありましたか？

ある

ない

わからない

・症状が「ある」と答えた方へ。 どのような症状でしたか？

[]

2. 喘息や蕁麻疹が出たことがありますか？

※今までに薬や食べ物で蕁麻疹が出たことはありませんか？

ある

ない

わからない

・「ある」と答えられた方へ。 どのような薬、または食べ物でしたか？

[]

◎ヨード過敏症、重篤な甲状腺疾患、重篤な心臓、腎臓、肝臓病、褐色細胞腫、マクログロブリン血症、テタニー、多発性骨髄腫、急性膵炎などはありませんか？ また、妊娠の可能性がある場合は、必ず事前にお知らせください。

— ご協力ありがとうございました。 —

上記検査に用いられる造影剤の副作用が、まれにあることを説明し、問診を行なった。

平成 年 月 日 医師名 _____

立会人 _____

私は、造影検査の内容およびその時に使用する造影剤の副作用について説明を聞き、上記の問診を受けました。そのうえで私は病気の診断のために医師が必要と判断した造影剤を使用する検査に同意します。

平成 年 月 日 患者氏名 _____

代諾者 _____ 患者との関係 (_____)

同席者 _____