造影CT検査予約票

検査予約日時	年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分		
必ず検査予約時間の**30分前まで**にご来院ください ※予約時間に遅れた場合は検査を受けられないことがありますのでご注意ください			
当日ご持参いただく物			
保険証	診療情報提供書	予約票	問診票 兼 同意書

《検査当日の注意事項》

〇<u>腹部検査の場合、午前の予約では朝食を、午後の予約では昼食を取らないでください。</u>

※水分(お茶・水)は取って頂いて結構です。

〇検査部位によっては検査着に着替えて頂きます。

※なお、具合の悪い患者様を優先して検査をさせて頂く場合がありますので、ご了承ください。

《検査内容》

・この検査は放射線を用いて全身の断層像を撮影し、体の構造や臓器の状態を調べる検査です。

・放射線を使用するため、妊娠徴候がありましたら主治医まで連絡してください。

・撮影台に寝て検査を行います。

・正確な位置合わせの為に身体に触れる事があります。

・検査は５分～１５分程度かかります。(所要時間は検査内容により異なります。)

・必要に応じて呼吸(息止め)の指示があります。

《確認事項》

以下に当てはまる方は必ず医師または放射線部スタッフに申し出てください。

〇心臓ペースメーカー　〇植え込み型除細動器

（本体にX線が当たると誤作動を起こす可能性があります。ペースメーカー手帳を必ずご持参ください。）

〇妊娠中または妊娠している可能性がある方（検査を受けることができません）

《造影検査について》

・造影CT検査は『ヨード造影剤』という薬剤を静脈注射して行います。造影剤を用いることにより、病気の状態をより正確に把握し今後の治療方針に役立てます。造影剤を使用しなくても検査は行えますが、正確な診断ができない可能性があります。

・以下の項目に該当する場合は検査が受けられない場合があります。

　　気管支喘息・重篤な心障害・重篤な肝障害・重篤な腎障害・マクログロブリン血症

　　多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫

・以下の項目に該当する場合は事前に申し出てください。

　　薬物過敏症・糖尿病・甲状腺疾患・肝機能の著しい低下・腎機能の著しい低下

　　急性膵炎・脱水症状・高血圧症

・ビグアナイド系糖尿病薬を服用している場合、**検査前後2日間（当日含め計5日）服用を中止**する必要があります。

・造影検査終了後から、水分を多めにとってください。

・造影検査終了後は、なるべく車の運転・激しい運動は控えてください。

《交通アクセス》

〒542－0076　大阪府大阪市中央区難波5丁目1－60　なんばスカイオ９階

なんばスカイオ1階・3階にあるクリニック専用エレベーターで9階までお越しください。

インターネットで「大阪なんばクリニック」と検索、または下のQRコードから当院ホームページにて詳細をご確認ください。

お問い合わせ：**０６-６６４８-８９３０**

大阪なんばクリニックアクセス

大阪なんばクリニック周辺地図

各駅からの所要時間

- 南海なんば駅（南海各線）……約1分
- なんば駅（地下鉄御堂筋線）……約2分
- 大阪難波駅（近鉄難波線、阪神なんば線）……約5分
- なんば駅（地下鉄四つ橋線、千日前線）……約5～8分

医療法人社団　新生会　大阪なんばクリニック　2021/4/5改

診療情報提供書 （造影CT用）

※自由診療の場合は受けられません

医療法人社団　新生会　大阪なんばクリニック　宛

医療機関名	
所在地	
TEL/FAX	
医師名	

貴院での今回の診療について　□保険診療　□自由診療（※当院での検査費用は自費扱いです）

造影検査は受けられません。
単純CTでお申し込みください。

検査予約日時	年　月　日（　）午前・午後　時　分		
(ふりがな) 氏名	様　（男・女）		
生年月日	年　月　日		
住所	〒		
電話番号			
当院受診歴	有・無	ペースメーカー 植え込み型除細動器	有・無
現病歴/アレルギー			
糖尿病薬	服用なし・服用あり　（糖尿病薬名：　）		
腎機能	eGFR（　） またはクレアチニン（　）	検査日：　年　月　日 ※検査予約日からさかのぼって3ヶ月以内の検査データが必要です ※eGFRが50未満の場合、造影検査はできません	
傷病名			
簡易な経過			
検査目的			
撮影部位	頭部　頚部　胸部　腹部　骨盤部 脊椎　（頚椎　胸椎　腰椎） 関節　（肩　肘　手　股　膝　足） その他（　）	（右・左）	
備考			

代表TEL　０６-６６４８-８９３０ ／ FAX　０６-６６４８-８９５１

★電話にて予約日時が確定後、本用紙に必要事項を記載の上、当院にFAXをお送りください。原本は患者様にお渡しいただき、検査当日、ご持参くださるようお伝えください。必要に応じて、写しをお取りください。

造影CT検査　問診票 兼 同意書

造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用を引き起こすことがあります。それぞれの副作用については以下のとおりです。また副作用が遅発性にご自宅に帰ってから生ずることもあります。

1)軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・痒み・発疹など、基本的に治療を要しません。
　≪確率は約100人につき5人以下≫

2)重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下など、通常は治療が必要であり、後遺症がのこる可能性があります。また、入院や手術が必要なこともあります。≪確率は約2500人につき1人≫

3)非常にまれですが、死亡する場合もあります。≪確率は約16万～40万人につき1人≫

※副作用に関わる処置費につきましては、ご本人様負担となりますので予めご了承願います。

造影剤を注射するときには、体が熱く感じることがありますが、血管に対する直接の刺激で正常な反応であり心配ありません。また、勢いよく造影剤を注入するため血管外に造影剤がもれることがあります。注射した部位が腫れ、痛むこともあります。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。　もれた量が非常に多い場合には別の処置が必要となることもあります。

問　診　票

以下の質問で当てはまる方に☑印を入れてください。

1.造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。
　□いいえ　□はい

2.その時、副作用はありましたか。
□いいえ　□はい：発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐
　　その他(　　)

3.喘息(ぜんそく)または小児喘息はありますか。
□いいえ　□はい

4. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。
□いいえ　□はい：アレルギー等(　　)

5.腎臓の働きが悪い(腎不全等)といわれたことはありますか。　□いいえ　□はい

6.現在、心臓の薬を飲んでいますか。
□いいえ　□はい：薬品名（　　）

7.現在、糖尿病の薬を飲んでいますか。
□いいえ　□はい：薬品名(
)

8.下記の病名と診断されたことはありますか。
　□いいえ　□はい：
(重篤な肝障害・マクロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫)

9.甲状腺機能亢進症、低下症と診断されたことがありま
　すか。
□いいえ　□はい(内服治療中・経過観察中)

10.現在、妊娠中、または妊娠の可能性がありますか。
□いいえ　□はい　□わからない

11.現在授乳中ですか。□いいえ　□はい

※上述の問診票のうち2から8で“はい”の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。
　場合により造影剤を使用できないことがありますのでご了承ください。

同　意　書

私は、造影検査について説明を受け、十分納得いたしましたので、造影検査をうけることに同意いたします。
緊急処置の必要が生じた場合は適宜処置を受けることについても同意いたします(いつでも撤回できます)。

年　　月　　日

患者　　（自著）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人（続柄　　）　（自著）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿