

CT 検査予約申込書・診療情報提供書

年 月 日

J R 札幌病院  
 地域医療連携センター 行  
 〒060-0033  
 札幌市中央区北 3 条東 1 丁目  
 直通電話 011-208-7169  
 直通 FAX 011-208-7170

貴医療機関名  
 .....  
 医師氏名 ..... 印  
 電話番号 .....  
 FAX 番号 .....

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者様氏名	様	住所	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	電話	— —

検査希望日： 月 日 月 日

検査項目：希望される検査をチェックして下さい。

<input type="checkbox"/>	上顎骨 単純	<input type="checkbox"/>	上顎骨 単純+造影
<input type="checkbox"/>	下顎骨 単純	<input type="checkbox"/>	下顎骨 単純+造影
<input type="checkbox"/>	上顎骨デンタ+水平断	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	下顎骨デンタ+水平断	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	頭蓋底～鎖骨上窩 単純	<input type="checkbox"/>	頭蓋底～鎖骨上窩 単純+造影
<input type="checkbox"/>	胸部ルーチン 単純	<input type="checkbox"/>	胸部ルーチン 単純+造影
<input type="checkbox"/>	上記以外 ( ) 単純	<input type="checkbox"/>	上記以外 ( ) 単純+造影

臨床診断名	
既往歴 家族歴	
検査目的 症状経過 検査所見 治療経過 現在の処方 等	

読影：  要  不要  
 画像：  持ち帰り希望 ※チェックのない場合は送付致します。  
 ※持ち帰りの場合も、読影レポートは後日送付となります。

検査(造影)に対する説明に同意： なし・あり  
 ※造影の場合の リスクファクター  
 造影剤副作用歴 なし・あり ( )  
 腎機能異常 なし・あり \*クレアチニン ( mg/d) 造影の場合、必ず記入して下さい  
 アレルギー体質 なし・あり ( )  
 感染症 なし・あり ( )  
 前投薬 なし・あり ( )  
 ※造影検査の場合：体重 ( ) kg

搬送： なし・あり (車椅子・ストレッチャー)  
 その他の留意事項：

※この用紙をファックスして下さい (原本は患者様が検査当日ご持参ください)。

患者 I D :

患者氏名 :

## CT検査 説明書・同意書

### 1. 造影検査の目的 (□説明者確認 □同意者確認)

通常のCT検査に加えて、病気の有無や性質・範囲など、より正確な画像情報を得る為に造影剤の静脈内投与を必要とする場合があります。あなたの病気を診断し、治療するうえで造影剤を使用した検査が非常に重要と考えます。

### 2. 造影検査の実施方法と内容 (□説明者確認 □同意者確認)

病気や体格によって異なりますが、水溶性のヨード系造影剤を100～150ml、撮影の途中に主に腕の静脈から注射します。

### 3. 造影検査に伴う副作用・合併症 (□説明者確認 □同意者確認)

ヨード系造影剤には次のような副作用が生じることが知られています。

i. 軽い副作用 : かゆみ、発疹、発赤、吐き気、嘔吐

これらの副作用は投与直後から30分以内に100人に1人の頻度で起こりますが、通常は特に治療を必要としません。検査当日にほぼおさまります。

ii. 重篤な副作用 : 息苦しさ、嘔声、血圧低下(ショック)、意識消失、腎不全

発生頻度は2.5万人に1人とわずかですが、入院のうえ、治療が必要となります。また、他の多くの薬剤と同様に約40万人に1人の頻度で死亡例の報告もあります。

iii. 頭痛、吐き気、かゆみ、発疹、発赤、咳、動悸

検査後数時間から数日後に副作用が発生することがあります。1000人に1人以下の頻度です。通常は特に治療を必要としません。

iv. 造影剤を血管内に注入する際に血管の外に漏れることがあります。

これにより、注射部位の腫れや痛み、内出血を生じることがあります。漏れた造影剤は時間がたてば吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になります。

### 4. 造影剤を使用することに対し、特に注意を要する患者様

(□説明者確認 □同意者確認)

下記の患者様は必ずお申し出ください。

i. 造影剤の副作用歴のある方 ; 副作用の出現の可能性が高くなります。

ii. アレルギー体質、気管支喘息のある方 ; 副作用の出現率が高くなります。

iii. 腎機能の悪い方 ; 病状の悪化の可能性が高くなります。

iv. 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫の方 ; 病状悪化の可能性が高くなります。

v. ビグアナイド系糖尿病薬を飲んでいる方(メグロ, マクト, グリロン, メットなど) ; 血液に異常(乳酸アシドーシス)を来す可能性があります。

5. 造影剤の副作用・合併症の予測と緊急処置

(説明者確認 同意者確認)

造影剤で副作用を起こすかどうかを事前に調べる方法は現在のところありません。副作用・合併症が起こってしまった場合には当院において、迅速かつ最善の処置を行います。

6. 同意書撤回について (説明者確認 同意者確認)

説明された内容についてわからないことがある場合にはご遠慮なく、ご質問ください。同意された場合でもいつでも撤回することができます。

質問 有り (カルテに記載) ・ 無し

説明日：            年    月    日

説明医師： \_\_\_\_\_

立合人： \_\_\_\_\_

記

同意者記入欄				
患者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
	電話		記入日	年 月 日
親族 その他	氏名		患者との続柄	
	住所			
	電話		記入日	年 月 日