

# CT検査依頼票

(診療情報提供書)

〒038-1331 青森市浪岡大字女鹿沢字平野155-1

独立行政法人国立病院機構青森病院

直通FAX 0172-69-1213 放射線科

フリガナ 氏名	
生年月日	年 月 日 歳
連絡先	TEL ( )

検査予約日時	
年 月 日 ( ) 時 分	
依頼元医療機関(診療科)	担当医(必須)
連絡先TEL	
連絡先FAX	

## 臨床診断・臨床経過および検査目的(具体的に)

### ■検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 四肢
(以下の詳細についても可能な限りチェックをお願いいたします)						
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頸部リンパ節	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 右・左
<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 胆	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 肘関節 右・左
<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 大動脈	<input type="checkbox"/> 脾	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 手関節 右・左
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> 股関節 右・左
<input type="checkbox"/> 聴覚器	<input type="checkbox"/> 口腔		<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 膝関節 右・左
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 大動脈			<input type="checkbox"/> 足関節 右・左 <input type="checkbox"/> その他

### ■造影の有無

単純のみ     単純+造影     単純+適宜造影     造影のみ

### ■検査事前チェック

身長	cm	歩行	可・否 (車いす・ストレッチャー)	当院での 検査履歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
体重	kg				
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				

### ■造影CT検査事前チェック \*\*\* 造影を希望される場合には、必須となります \*\*\*

- ヨード過敏症の既往 : 有・無     気管支ぜん息 : 有・無
- アレルギー歴 : 有・無  
アレルギー性鼻炎・アトピー・じんましん・食物・薬物  
(有の場合は具体的に: )
- 以下にあげる疾患・障害 : 有・無  
甲状腺疾患・心疾患・肝障害・腎障害/(具体的に: )  
マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・褐色細胞腫
- ビグアナイド系糖尿病薬の服用 : 有・無

※腎機能低下がある場合は資料「ビグアナイド系糖尿病薬服用中の患者のヨード造影検査について」をご参照の上、休薬などの対応をお願いいたします。

### 腎機能検査

血清Cr : mg/dl  
または  
シスタチンC : mg/L  
eGFR : ml/min/1.73m<sup>2</sup>  
(測定日 年 月 日)

※腎機能低下の危険因子がある場合は検査前7日以内、ない場合は3カ月以内の測定をお願いします。  
原則として腎機能不明あるいはeGFR値が30未満の場合は造影しません。  
eGFR値が30以上60未満の場合は、検査後あるいは前後に補液が必要です。  
(詳細は別紙参照)

# CT検査問診票

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

身長 \_\_\_\_\_ cm

記入日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

体重 \_\_\_\_\_ kg

安全に検査をおこなうために、以下の点についてお尋ねします。

1. 何か持病がありますか。また、大きな病気にかかったことはありますか。

なし      あり      糖尿病 ・ 高血圧 ・ 脂質異常症(高脂血症/コレステロール) ・ 心臓病  
甲状腺疾患 ・ 腎臓病 ・ がん( \_\_\_\_\_ )  
その他( \_\_\_\_\_ )

2. 飲んでいる薬があれば教えてください。(お薬手帳のコピーでも可)

なし      あり      糖尿病薬 ・ 高血圧薬 ・ 脂質異常症薬(高脂血症/コレステロール)  
心臓病薬 ・ 腎臓病薬 ・ 抗がん剤  
その他( \_\_\_\_\_ )

※次の中から、該当するものがあればチェックしてください。(ピグアナイド系糖尿病薬)

イニシンク     エクメット     グリコラン     ジベトス     プホルミン塩酸塩  
 メタクト     メアアナ     メトグルコ     メトホルミン塩酸塩  
(2021年3月現在)

3. 今までに手術を受けたことがありますか。ある場合はいつ頃、何の手術ですか。

なし      あり      ( \_\_\_\_\_ )

4. 体内に何か金属が入っていますか。

なし      あり      心臓ペースメーカー ・ 脳動脈瘤クリップ ・ 人工弁 ・ 人工関節  
その他( \_\_\_\_\_ )

5. 今までに造影剤の注射を受けたことがありますか。

なし      あり      (CT ・ MRI ・ 血管造影 ・ 腎尿路検査 ・ 胆嚢検査 ・ その他 \_\_\_\_\_ )

6. 造影剤の注射を受けたことがある方にお尋ねします。

その時、何か副作用はありましたか。

なし      あり      (発疹 ・ 吐き気 ・ その他 \_\_\_\_\_ )

7. アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか。

なし      あり      ぜんそく ・ じんま疹 ・ アトピー ・ アレルギー性鼻炎  
くすり・注射による副作用( \_\_\_\_\_ )  
食べ物によるアレルギー( \_\_\_\_\_ )  
その他( \_\_\_\_\_ )

8. 血縁者にアレルギー性の病気やアレルギー体質の方はいますか。

なし      あり      ( 具体的に \_\_\_\_\_ )

# CT検査における造影剤についての説明および同意書

様

以下の既往がある方は、副作用の起きる確率が高いことが知られています。  
必ず検査前にお知らせくださるよう、お願いいたします。

- ①以前に造影剤による症状が起きたことがある
- ②気管支ぜんそく等のアレルギー疾患がある
- ③他の薬剤過敏症やじんましんなどのアレルギー歴がある
- ④腎機能の低下がある
- ⑤重篤な甲状腺疾患がある

## 造影とは

画像診断において、体の中の状態や病変の性状をよりわかりやすく描き出すために体内に造影剤という薬剤を投与して検査を行うものです。造影が必要かどうかは検査部位や目的によってさまざまで、検査に応じて医師が判断します。CT検査で使用する造影剤は、非イオン性水溶性ヨード造影剤で、静脈から注入します。

## 造影後の副作用

造影剤を注入しても、たいいていの場合には副作用は起こりませんが、時に検査中あるいは、検査後しばらくしてから、副作用による症状が起きることがあります。

軽い副作用：特に処置を必要としない、あるいは簡単な薬の投与のみで短時間で症状が消失するもの  
(頻度は造影剤を注入した人のうち約3~5%以下)  
吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、じんま疹、発疹、かゆみ、手足のむくみ、発熱、せきなど

重い副作用：救急の処置が必要となるもの (頻度は約2,500人に1人以下)  
ショック、アナフィラキシー様反応 (たとえば呼吸困難や血圧低下など)

初めて造影剤検査を受ける方、またはこれまでに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのない方に、今回の検査で副作用が起こるかどうかを予め調べる方法は、現在のところ見つかっておりません。造影検査の際には必ず医師が立ち会い、万一の場合に備えております。

お聞きになりたいことや不安なことなどがありましたら、遠慮なく担当医師・看護師・診療放射線技師にお尋ねください。

①上記の説明を読んで造影検査についてご理解頂けましたか。(「はい」か「いいえ」に○印をつけて下さい。)

はい →②へお進み下さい。

いいえ →ご不明な点についてご説明致しますので、お申し出ください。

②造影剤検査について同意または拒否の意を以下にご記入下さい。

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます)

**同意** 上記の説明により造影検査について納得しましたので、必要な造影検査を受けることに同意します。

年 月 日 患者または代理人(続柄) ) ご署名

**拒否** 造影剤検査を受けることに同意しません。

年 月 日 患者または代理人(続柄) ) ご署名

※ 有効期限：1年