

診療情報提供書 (検査依頼用)

令和 年 月 日

地方独立行政法人

くらて病院

〒807-1311
鞍手郡鞍手町小牧2226-2
TEL 0949(28)7516(放射線科直通)
TEL 0949(28)7557(検査科直通)
FAX 0949(42)4391

紹介医療先施設名
住 所
電 話 番 号
F A X 番 号
担 当 医 師 名

印

患者氏名	フリガナ	様	○男 ○女
生年月日	○大正 ○昭和 ○平成 ○令和	年 月 日生 (歳)	

傷病名 依頼目的	
既往歴 (手術歴等)	
現在の処方 備考	

放射線検査予約日時	月 日 ○午前 ○午後	時 分
-----------	-------------	-----

検査項目	<input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> ()
検査内容	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影
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"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 () <input type="checkbox"/> その他 ()

CD-R 《○要 ○不要》 フィルム 《○要 ○不要》 読影結果のみ

患者様情報	妊娠：(○有 ○無)
-------	--------------

CT/MRI造影検査のみ、ご記入ください。

腎機能：(Cre mg/dl) (BUN値 mg/dl) (eGFR) 検査日： 月 日

ヨード剤アレルギー：(○有 ○無) ※CT造影：eGFR<45、MRI造影：eGFR<30は造影検査不可となります。

気管支喘息/アトピー性皮膚炎/蕁麻疹/食物・薬物アレルギー等のアレルギー性疾患：(○有 ○無)

ビグアナイド系糖尿病薬の服用：(○有 ○無) ※CT造影検査当日と検査後48時間服用中止

病歴(○なし ○甲状腺疾患 ○心臓病 ○肝臓病 ○腎臓病 ○糖尿病 ○その他)

※Cre・BUN値・eGFRが未記入の場合、当院にて検査を実施させていただきます。

その場合、腎機能検査実施のため、検査予約時間の1時間前にご来院頂きますようお願いいたします。

※アレルギー性病変【有】の場合：ステロイド剤の前投与が必要となることがあり、検査が延期、または、中止となる可能性があります。ご了承ください。

MRI検査のみ、ご記入ください。

体内金属 (○有 ○無 / 詳細)

※詳細な問診は、当院にてさせていただきます。

※放射線検査の予約につきましては、放射線科直通【0949(28)7516】へご連絡をお願いいたします。

臨床検査予約日時	月 日 ○午前 ○午後	時 分
----------	-------------	-----

検査項目	<input type="checkbox"/> 超音波検査(腹部 ・ 体表 ・ 心臓 ・ 血管 ・ 頸動脈) <input type="checkbox"/> 神経伝導速度 <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> その他 () ※PSG、負荷心電図は事前の診察が必要となります。
------	---

CD-R 《○要 ○不要》 ※超音波検査に限ります。

※臨床検査の予約につきましては、検査科直通【0949(28)7557】へご連絡をお願いいたします。

経静脈性造影検査 説明書・同意書（CT検査・MRI検査・腎尿管造影）

※該当検査を○でお囲みください。

〔造影検査とは〕

造影剤を血管から注入することにより、血管や腫瘍など血流の豊富な組織や尿路を見やすくし、正確な診断につなげることが可能となります。この造影剤を使用する検査のことを造影検査といいます。検査に使用する造影剤の種類や量は、検査目的や部位によって決まります。造影検査時、ほとんど異常はありませんが、場合によっては、下記のようなアレルギー等の副作用が出現することがあります。また、造影剤は画像的な異常を見やすくするもので、決して、病気を治すお薬ではありません。

〔副作用〕

造影剤が注入されると、体が熱く感じることがあります。時間と共に症状は消えていきますので、ご心配には及びません。

造影剤注入時の副作用には、下記のような自覚症状が報告されています。

- ・ **軽微**：かゆみ、発疹、吐き気、嘔吐、胃の不快感、息切れ、不整脈など 頻度：3%
- ・ **重篤**：意識消失、血圧低下、呼吸困難など 頻度：0.004～0.04%
- ・ **死亡**：非イオン性造影剤投与により約16年間で185例の死亡報告があります。頻度：0.00025～0.0006%（ただし造影剤との因果関係が証明されていない症例も含まれます。）
- ・ **腎機能障害**：腎機能低下がある場合は、急性腎不全を発症する可能性があります。
- ・ **遅発性副作用**：検査終了後1時間から数日後にじんま疹、かゆみ、むくみ、吐き気、頭痛などの症状が現れることがあります。一般的に症状は軽く、治療を必要とするものは少ないといわれています。 頻度：0.6～8%
- ・ 問診により副作用の危険性が高いと判断される場合は、造影検査を行いません。

副作用出現時の処置

- ・ 症状が軽微の場合やすぐに軽快した場合は、経過観察します。
- ・ 中等度以上では、副腎皮質ホルモン（ステロイド）注射や点滴など、症状に合わせた処置を行います。
- ・ 重篤化すれば入院処置や経過観察が必要となる場合もありますが、非常にまれです。

〔造影剤の血管外漏出（いわゆる注射もれ）〕

造影剤を注入する際には、点滴の落ち方や注射針から血液が逆流してくることを入念に確認を行った後に、造影剤を注入します。しかしながら、機械によって造影剤を自動的に注入する場合は、血管に圧力がかかり、血管外漏出（もれ）が起こることがあります。（頻度：0.3～0.9% 造影CT検査時）

造影剤注入時に痛みが強くなってきたら、速やかに、ご遠慮なく、検査担当者や看護師にお伝えください。

血管外漏出時（もれた時）の症状

血管外漏出が起こって初めの数日は、腫脹（はれ）が大きくなりますが、ほとんどの場合、時間と共に改善します。疼痛、腫脹、水疱などのほか、重篤例では潰瘍の形成やコンパートメント症候群（圧迫による組織、血管、神経の壊死や機能障害）などが報告されていますが、非常にまれ

です。

血管外漏出時の処置

漏出の見られた四肢を挙上。疼痛・腫脹に対して冷罨法（氷、湿布で冷やす）。疼痛の緩和のため、消炎鎮痛剤内服。皮膚障害の軽減のため、冷罨法、副腎皮質ホルモン（ステロイド）の外用、あるいは、内服。水疱が持続する場合、穿刺排液。重篤化すれば、皮膚科、形成外科で処置（切開等）を要する場合がありますが、ほとんど軽度であり、時間はかかりますが、湿布で軽快します。

〔造影検査を受けたくないと思われた場合〕

医師の説明を聞かれた後に造影検査を受けたくないと思われた場合は、今回の造影検査に代わる検査はないか、造影検査を受けない場合に生じる不利益はどのようなものかなど、主治医とよくご相談の上、選択されてください。

〔検査当日の摂食、水分摂取について〕

午前中検査の方は朝食、午後検査の方は昼食を摂らないでください。水分（お水・薄いお茶など）は、十分に摂取されてください。服用中のお薬は、医師の指示通りをお願いします。（ビグアナイド系糖尿病薬のみ、造影 CT 検査前後の 48 時間は服用できません。）

検査終了後は、造影剤の排泄を促すために、多めに水分を摂取してください。

なお、検査の際には、細心の注意をはらい、副作用が出現した場合の準備や対策には万全を期しております。

私は上記検査における造影剤使用の有用性と危険性（経静脈性造影検査 説明書・同意書 202110）について説明を受けその必要性を十分に理解したので、造影検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者様氏名 _____

代理人様署名 _____（患者様との続柄： _____）

※患者様ご本人の署名がある場合は代理人の署名は不要です。患者様が未成年の場合は、代理人署名をお願いします。

紹介元医療施設 _____

紹介元医師 _____

説明日 年 月 日

くらて病院担当医師 _____

検査日 年 月 日

造影検査問診票

ID 氏名 生年月日 年齢 性別	様
------------------------------	---

検査予約時間 午前
年 月 日 午後 時 分

検査種類
CT・MRI・DIC・DIP・ERCP・PTCD・PTGBD
その他 ()

造影検査を安全に行うために、下記の質問にお答えください。

問1. これまでに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？ 【 なし ・ あり 】
(CT・MRI・血管造影・腎/尿路造影・胆嚢造影・胆道/膵管造影など)

『あり』と答えられた方へ
そのとき、帰宅後も含め何か異常はありましたか？ 【 なし ・ あり 】
(例:吐き気・嘔吐・かゆみ・湿疹・呼吸困難・意識消失・血圧低下・その他)
(その他の内容)

問2. 気管支喘息と診断されたことはありますか？ 【 なし ・ あり 】

問3. アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか？ 【 なし ・ あり 】
(薬・食物によるアレルギー・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・その他)
(その他の内容)

問4. ヨード過敏症と言われたことがありますか？ 【 なし ・ あり 】

問5. 今までに、次の病気にかかれたことはありますか？ 【 なし ・ あり 】
ありましたら○で囲んでください。
[甲状腺疾患 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ その他]
(その他の内容)

問6. 現在、糖尿病のお薬を服用されていますか？ 【 いいえ ・ はい 】
『はい』と答えられた方へ (お薬名:)

問7. 昨夜から今日の検査までに十分に水分を採られましたか？ 【 はい ・ いいえ 】
『はい』と答えられた方へ(いつ頃 何を どれ位)

問8. 今日は、食事をされましたか？ 【 いいえ ・ はい 】
『はい』と答えられた方へ(いつ頃 何を どれ位)

問9. 現在の身長・体重は()cm、()kg

《女性の方へ》

問10. 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ 【 なし ・ あり 】

問11. 授乳中ですか？ 【 いいえ ・ はい 】
造影検査終了後、CTでは48時間、MRIでは24時間授乳をお避けください。

ご協力ありがとうございました。

血圧: () / () mmHg	脈拍: () / mim
腎機能 : 血清クレアチニン値 () mg/dl	BUN値 () mg/dl
eGFR: () (検査日 年 月 日)	

上記を確認しました。

※ 造影検査 (可 ・ 不可)

年 月 日 依頼医師署名