

紹介先

姫路中央病院

--	--	--	--	--	--	--	--

診療情報提供書 (MRI・CT)

地域連携室
 電話番号 079-235-7353
 FAX 079-233-0854

フリガナ				
患者氏名		様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	電話番号 079-235-7375 FAX 079-235-7377
生年月日	年	月	日	歳
希望日時				
電話番号	自宅	-	-	
	携帯	-	-	

〈ご依頼内容・経過情報〉 (該当する全てに☑チェックして下さい)

診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 *病院に入院中の患者様は、保険診療対象外となります。 <input type="checkbox"/> 自由診療
検査種別	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純 + 造影 *造影のご希望であっても、問診票記入事項の内容などによっては、当院医師の判断により、造影撮影が行えない場合がございます。
撮影部位 (該当全てに)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 大血管(心臓は除く) () <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊柱 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢・関節 () <input type="checkbox"/> その他 ()
検査目的 臨床経過など (具体的に)	
*ビグアナイド系糖尿病薬は、CT造影検査前後48時間の休薬が必要です	
「注意」 *CT造影検査においてeGFR値が必要です	
*心臓ペースメーカー・除細動器のMRI・CT(胸部)検査は原則禁忌です	

〈患者情報 治療歴〉

感染歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV
-----	--

〈検査結果〉

画像 (CD-R)	<input type="checkbox"/> 要 (<input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 当日持ち帰り) <input type="checkbox"/> 不要	読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 *読影レポートは、後日、郵送とさせていただきます。
-----------	---	----	---

紹介元医療機関名 (所在地、名称、TEL)

〒	-	年	月	日
住所		診療科名		
名称		医師氏名		
電話				

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

CT検査を受けられる方へ

患者番号： _____

_____ 様

あなたの検査日時は、 _____ から の予定です。

検査当日は、予約時間の30分前に受付を済ませて下さい。

遅れますと検査が出来ないことがあります。

※緊急対応、検査内容などにより、検査が予約時間より遅れることがありますので、ご了承ください。

また、万が一故障などの場合は日を改めてお越し頂くことがありますので、ご了承ください。

CT検査とは、CT装置の中心にある大きな穴に体を入れて、エックス線をあて、体の中の様子をコンピュータで処理し画像化する検査です。主に体の輪切りの写真が撮影できます。



《検査を受けられる患者様へ》

あなたの検査の予約は上記の通りです。

以下の注意事項をお読み頂いて、検査のご協力いただきますようお願いいたします。

《注意事項》

- 当日の服装はボディースーツや金属様の飾りのある服はさけて下さい。
湿布、カイロ、エレキバン等は検査前に外して下さい。
- ペースメーカーや除細動器を装着されている方は、必ず申し出て下さい。
- 妊娠中及び妊娠の可能性のある方はお申し出て下さい。
- 食事について
 食事は摂ってもかまいません。
 時から絶食して下さい。水分はとって下さい。
- 糖尿病で絶食の方は低血糖予防のため糖尿病の薬は内服しないで下さい。
インスリンの注射もしないで下さい。
高血圧・心臓病・抗けいれん剤・その他必要な薬は必ず
検査当日の朝6時までには内服して下さい。

《検査中のお願い》

- 検査中は痛みをとまいませんので、体を動かさないで下さい。
- 検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話できますので、ご安心下さい。

都合により来院出来ない場合、又は不明な点がありましたら
予約いただいた診療科にPM2：00～PM5：00の間にご連絡下さい。

医療法人 公仁会 姫路中央病院
〒672-8501 姫路市飾磨区三宅2-36
TEL：(079)-235-7331(代)

発行部署 放射線科

造影CT検査をお受けになる患者様へ

CT検査を安心して受けて頂くための簡単な説明です。検査をお受けになる前に必ずお読み下さい。

1. 造影CT検査をお受けになる方へ

- ☆造影剤は、検査する部位（臓器）をより詳しく調べる目的で使用する薬です。
- ☆検査中は数回息を止めて頂きます。
- ☆造影剤を注射すると体の中が熱く感じますが、しばらく経過すると治まります。
- ☆副作用は少ない薬ですが、検査中に万一、気分が悪くなった場合には、必ずお知らせ下さい。

2. 造影CT検査をお受けになる前に

- ☆水やお茶など水分はお飲み頂いて結構です。
- ☆検査当日の食事については医師にお尋ね下さい。
- *糖尿病の薬を服用している方は、医師にお申し出下さい。
- *その他、服用中の薬については医師の指示がない限り、通常通り服用して下さい。

〈次に該当する方は、必ず事前にお知らせください〉

- ☆過去に造影剤を使用した検査を受けたことがあり、その際気分が悪くなった。
- ☆アレルギー（気管支喘息、花粉症、食物、薬などによるじんましん、アトピー体質）がある。
- ☆心臓病、肝臓病、腎臓病、糖尿病、甲状腺などの病気がある。
- ☆ペースメーカーを入れている。
- ☆妊娠している、または妊娠の可能性がある。

3. 検査前の準備

- ☆金属は検査の妨げになる場合がありますので、金属の付いた服や下着、貴金属などを外して頂くことがあります。
- ☆血圧を測り、腕から造影剤を入れるために静脈に針を留置します。

4. 検査開始・検査中のお願い

- ☆ベッドに仰向けに寝て、体の力を抜いてリラックスして下さい。
- ☆検査時間は、検査部位によって異なりますが、約5～15分程度です。
- ☆検査中は、体を動かさないで下さい。
- ☆検査中は、検査担当者とマイクを通していつでも会話できますのでご安心下さい。

5. 検査終了後は？

- ☆食事は普通通りお取り下さい。普段通りの生活を送って下さい。
- ☆検査結果は、主治医が説明致します。
- ☆造影剤は尿として排泄されます。排泄を促進させるため、水分（お茶、水など）を多めに
お取り下さい。なお、水分を制限されている方は主治医にご相談下さい。
- ☆検査終了後、数時間から数日後に、頭痛、はきけ、かゆみ、じんましんなどの症状が
現れることがあります。何か症状がみられましたら病院にご連絡下さい。

医療法人 公仁会 姫路中央病院

〒672-8501 姫路市飾磨区三宅2丁目36番地

TEL：079-235-7331（代）

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

造影剤使用のための問診票

記載日： 年 月 日

患者番号： _____

様

(性別：) (年齢：)

1. 造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ ①その検査は、いつ頃、どのような検査でしたか？(年 月頃) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 腎盂尿管造影・胆のう造影 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> その他検査	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	医師 サイン
②検査中または検査後に次の症状が出たことがありますか？ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどのイガイガ感 <input type="checkbox"/> 胸が苦しくなった <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2. 注射や薬で気分が悪くなったり、じんましんが出たことがありますか？ それはどんな薬ですか？ ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3. アレルギー体質や次のアレルギー性疾患にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4. 次の病気にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 骨髄腫 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 また上記の病気で薬を飲まれていますか？ どのような薬を飲まれていますか？ ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5. ペースメーカーを入れていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
7. 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8. 体重を教えてください。(体重： kg)		
記載者名	電話番号	

〈医療従事者記入欄〉

1. ビグアイド系糖尿病治療薬を服用していますか？ <input type="checkbox"/> メタクト配合錠LD <input type="checkbox"/> メタクト配合錠HD <input type="checkbox"/> メデット錠 <input type="checkbox"/> メトグルコ錠 <input type="checkbox"/> メトホルミン塩酸塩錠 <input type="checkbox"/> メトリオン錠 <input type="checkbox"/> ネルビス錠 <input type="checkbox"/> ジベトス錠 <input type="checkbox"/> ジベトンS錠 <input type="checkbox"/> グリコラン錠 <input type="checkbox"/> エクメット配合錠LD <input type="checkbox"/> エクメット配合錠HD <input type="checkbox"/> イニシンク配合錠	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 休薬 説明	医師 サイン
2. 次の薬を服用していますか？ <input type="checkbox"/> β遮断薬(心臓病・高血圧薬)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
3. 直近測定日：平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> eGFR値： mL/分/1.73m ² (基準値：30以上)		

検査日

年 月 日

姫路中央病院

医師サイン	看護師サイン	技師サイン