

<b>1</b>		フリガナ	男
患者氏名			女
生年月日	M・T・S・H	年	月 日生
住所 〒			
TEL			
(日中連絡がとれる電話番号) 自宅・勤務先・携帯			

<b>3</b> 検査区分	
<input type="checkbox"/> CT(320列CT)	<input type="checkbox"/> MRI(1.5T) <input type="checkbox"/> その他( )

<b>4</b> 検査予約日時							
令和	年	月	日	午前	午後	時	分
来院時間		午前	午後	時	分		

<b>5</b> 検査部位	
<input type="checkbox"/>	頭部(全脳・下垂体・内耳・顎・デンタル)
<input type="checkbox"/>	頸部(頸椎を除く)
<input type="checkbox"/>	胸部(肺・縦隔・乳房)
<input type="checkbox"/>	心臓・冠動脈
<input type="checkbox"/>	腹部(肝・胆・膵・腎)
<input type="checkbox"/>	骨盤(前立腺・膀胱・子宮・卵巣)
<input type="checkbox"/>	大血管(胸・腹・骨盤・下肢)
<input type="checkbox"/>	脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)
<input type="checkbox"/>	四肢(左・右: )
<input type="checkbox"/>	その他( )

<b>6</b> 病名又は臨床診断・検査目的	
臨床診断	
臨床経過および検査目的(具体的に)	

## 診療情報提供書兼検査依頼書

<b>2</b>	
紹介元医療機関名 (所在地)	ゴム印可
TEL	
依頼科	
依頼医師	

<b>7</b> 造影区分	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 検査医に委任 ⇒ (体重 kg)

<b>8</b> 造影検査前の確認事項	
・造影剤アレルギーの既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 CT(ヨード)、MRI(ガドリニウム・鉄)
・造影剤以外のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)
・喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・心臓・肝臓・腎臓障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)
*この中で、 <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、造影検査が出来ない可能性があります。	

<b>血液検査データ</b>	(造影検査が必要でデータ無しの場合、 当院にて採血させていただきます。)
eGFR _____ mL/min/1.73m <sup>2</sup> 又は Cr _____ mg/dl	(3ヶ月以内のデータ)
*当院では、eGFR30mL/min/1.73m <sup>2</sup> 以下の方は造影検査は施行しない方針です。	

<b>9</b> 検査前の確認事項	
<b>CT&amp;MRI共通</b> * <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、原則、検査していません。	
・妊娠初期4ヶ月以内又は 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・心臓ペースメーカー、 除細動器、人工内耳、その他の埋込み機器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 * <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、検査ができない可能性がありますのでお問い合わせください。
<b>MRIのみ必須</b>	
・脳動脈クリップ、血管ステントなど 体内金属、シャントバルブ、 1ヶ月以内の内視鏡止血クリップの使用 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・刺青・アートメイク	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

<b>10</b> 検査結果報告		
画像	・画像出力 <input type="checkbox"/> CD	・画像提供 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り
結果 レポート	・送付方法 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX	・冠動脈検査において有意狭窄所見を認めた 場合、治療方針についてお問い合わせください。 <input type="checkbox"/> 当院へ依頼 <input type="checkbox"/> 不要

③ カルテの事前作成のために下記の健康保険証番号等の記載をお願いします。

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
本人・家族別	本人・家族	種類	後期・老・高・身・母・乳・特・障
有効期限	・・～・・	有効期限	・・～・・
		負担割合	0割 1割 2割 3割

★ 高…前期高齢者

★ 障…高齢重度障害者

★ 後期…後期高齢者医療

依頼票FAX送信先：06-4960-6828

①はくほう会セントラル病院用 (FAX・患者様持参照)

①		フリガナ 患者氏名	男 女
生年月日	M・T・S・H	年	月 日生
住所 〒			
TEL (日中連絡がとれる電話番号) 自宅・勤務先・携帯			

③ 検査区分	
<input type="checkbox"/> CT(320列CT)	<input type="checkbox"/> MRI(1.5T) <input type="checkbox"/> その他( )

④ 検査予約日時	
令和 年 月 日	午前 午後 時 分
来院時間	午前 午後 時 分

⑤ 検査部位	
<input type="checkbox"/> 頭部(全脳・下垂体・内耳・顎・デンタル)	
<input type="checkbox"/> 頸部(頸椎を除く)	
<input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔・乳房)	
<input type="checkbox"/> 心臓・冠動脈	
<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎)	
<input type="checkbox"/> 骨盤(前立腺・膀胱・子宮・卵巣)	
<input type="checkbox"/> 大血管(胸・腹・骨盤・下肢)	
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	
<input type="checkbox"/> 四肢(左・右: )	
<input type="checkbox"/> その他( )	

⑥ 病名又は臨床診断・検査目的	
臨床診断	
臨床経過および検査目的(具体的に)	

## 診療情報提供書兼検査依頼書

②	
紹介元医療機関名 (所在地)	ゴム印可
TEL 依頼科 依頼医師	

⑦ 造影区分	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 検査医に委任 ⇒ (体重 kg)

⑧ 造影検査前の確認事項	
・造影剤アレルギーの既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 CT(ヨード)、MRI(ガドリニウム・鉄)
・造影剤以外のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)
・喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・心臓・肝臓・腎臓障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)
*この中で、 <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、造影検査が出来ない可能性があります。	

血液検査データ	(造影検査が必要でデータ無しの場合、 当院にて採血させていただきます。)
eGFR _____ mL/min/1.73m <sup>2</sup> 又は Cr _____ mg/dl (3ヶ月以内のデータ)	
*当院では、eGFR30mL/min/1.73m <sup>2</sup> 以下の方は造影検査は施行しない方針です。	

⑨ 検査前の確認事項	
CT&MRI共通 * <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、原則、検査していません。	
・妊娠初期4ヶ月以内又は 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・心臓ペースメーカー、 除細動器、人工内耳、その他の埋込み機器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 * <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合、検査ができない可能性がありますのでお問い合わせください。
MRIのみ必須	
・脳動脈クリップ、血管ステントなど 体内金属、シャントバルブ、 1ヶ月以内の内視鏡止血クリップの使用 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・刺青・アートメイク	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

⑩ 検査結果報告		
画像	・画像出力 <input type="checkbox"/> CD	・画像提供 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り
結果 レポート	・送付方法 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX	・冠動脈検査において有意狭窄所見を認めた 場合、治療方針についてお問い合わせください。 <input type="checkbox"/> 当院へ依頼 <input type="checkbox"/> 不要

<b>1</b>		男
フリガナ		女
患者氏名		
生年月日	M・T・S・H	年 月 日生
住所	〒	
TEL		
(日中連絡がとれる電話番号) 自宅・勤務先・携帯		

検査区分	
<input type="checkbox"/> CT(320列CT)	<input type="checkbox"/> MRI(1.5T) <input type="checkbox"/> その他( )

検査予約日時	
令和 年 月 日	午前 午後 時 分
<b>来院時間</b>	午前 午後 時 分

検査部位	
<input type="checkbox"/> 頭部(全脳・下垂体・内耳・顎・デンタル)	
<input type="checkbox"/> 頸部(頸椎を除く)	
<input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔・乳房)	
<input type="checkbox"/> 心臓・冠動脈	
<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎)	
<input type="checkbox"/> 骨盤(前立腺・膀胱・子宮・卵巣)	
<input type="checkbox"/> 大血管(胸・腹・骨盤・下肢)	
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	
<input type="checkbox"/> 四肢(左・右: )	
<input type="checkbox"/> その他( )	

**検査前までに裏面の同意書を  
必ず記入してください。**



## 検査予約票

紹介元医療機関名  
(所在地)

ゴム印可

TEL  
依頼科  
依頼医師

### 造影区分

無  有  検査医に委任  
⇒ (体重 kg)

### ご注意



- ・腹部・骨盤検査又は、造影区分「有」、「検査医に委任」の方は ⇒ **検査3時間前から絶食**(水は可)
- ・その他の検査を受ける方は飲食の制限はありません。
- ※医師の指示がない限り服用中のお薬はお飲みください。

### 検査当日

- ・保険証と本書(検査予約票)をご持参下さい。
- ・検査に遅れる、もしくは来院できない場合は、必ず当院(0120-489-320)までご連絡をお願いいたします。検査に遅れますと、検査順番が変わることがございます。急患や検査内容等によっても、検査開始時間が変わることがございますのでご了承ください。
- ・検査の前までに裏面をお読みください。また、“造影区分で  有”になっている方は同意書に署名捺印をお願いいたします。
- ・検査20分前にご来院ください。
- ・造影に関しては40分前にお越しください。

## 医療法人 伯鳳会 はくほう会セントラル病院 放射線科

〒661-0953 兵庫県尼崎市東園田町4-23-1  
予約TEL0120-489-320 FAX06-4960-6828  
(代表) 06-4960-6800

阪急梅田駅～阪急園田駅：普通電車約10分。  
園田駅北側出口(1階に降りて右側)から  
商店街を抜けて徒歩5分。

**CT検査を受けられる患者様へ**

検査時間は5～15分です(部位によって異なります)。

CT検査は、X線を利用し多方向から撮影したデータを元に体の断面像を得る検査です。使用するX線の量は、きわめて微量で体に急性的な影響を与える事はありません。しかし、現在X線や各種放射線の被曝により将来白血病や癌等がある確率で発生する(確率的影響)と考えられています。診療用のX線におけるこの確率は、自然発生的な白血病や癌等の確率と同程度とされています。

**MRI検査を受けられる患者様へ**

検査時間は20～40分です(部位によって異なります)。

MRI検査は、強力な磁石の力を利用し体の内部構造を画像にする検査です。

大きな断続音になる直径60cmの筒丈の穴の中で寝てもらい行う検査となります。

- ・強力な磁石のため心臓ペースメーカー、除細動器、体内神経刺激装置、人工内耳等を体内に埋め込んである方は、装置が破損したり異常を起こす危険性があり検査を受けられない可能性があります。
- ・頭蓋内動脈クリップなど体内金属等が埋め込んである方は、基本的に検査を受けることができません。(ただし、明らかに非磁性体であると確認できるものについてはこの限りではありません。)
- ・以下のものは検査前に外していただきます。
  - ①磁気カード(クレジットカード、キャッシュカード、定期券、診察カード 等)
  - ②健康器具(磁気バンド、磁気ネックレス、エレキバン、カイロ、湿布薬、万歩計 等)
  - ③装身具(ネックレス、ヘアピン、ブレスレット、指輪、ピアス、ベルト、かつら、入歯、金属繊維衣類：ヒートテック 等)
  - ④金属類(腕時計、携帯電話、眼鏡、補聴器、小銭、鍵、ライター、クリップ、電卓 等)
- ・コンタクトレンズや硝ロダーム(狭心症の貼り薬)は熱傷の恐れがあるので検査前に外していただきます。また、化粧(特にマスカラ、アイラインなど)も熱傷の恐れがありますので、検査当日は控えてください。

**同意書**

(\*造影無しの患者様は該当しません。)

**造影検査について**

造影検査は体内の構造や病変をより明瞭に描出することが可能で、造影検査による画像情報が、その副作用の発生リスクを十分に超えて有益であると判断される場合に行われます。造影剤はより正確な診断をするために用いますが、下記に示すような副作用が起こることもあります。

【軽い副作用】吐き気、動悸、かゆみ、くしゃみ、発疹、注射部位の痛み等です。これらは治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で回復するものです。このような症状が発生する頻度は100人に1人以下です。

【重い副作用】呼吸困難、意識障害、ショック等です。このような副作用は、特別な救命処置・入院が必要で場合によっては後遺症が残る可能性があります。このような重篤な副作用が発生する頻度は、約2.5万人に1人以下です。病状、体質によっては死亡する場合があります。頻度は、約40万人に1人以下です。当院では死亡例はありません。

【遅発性副作用】検査終了後数分後から数日にかけて副作用(発疹、掻痒感、吐き気、脱力感、むくみ、めまい)が現れることがあります。通常は自然に回復します。

【自動注入による副作用】造影剤は自動で高速注入するため、一部が血管外に漏れて腫れたり、痛みを伴ったりすることがあります。ほとんどは自然に吸収され問題なく、漏れた量が多い場合には処置が必要となることもあります。

【授乳中の方】検査後、48時間授乳を避け、その後、搾乳してから授乳してあげてください。

万一、副作用が生じた場合は、最善の処置、治療を行いません。

**造影検査同意欄**

私は、造影剤使用について、必要理由、副作用及び合併症の頻度等の説明を受け、納得しました。

必要に応じて造影剤の使用に同意します

検査中予期しない緊急処置の必要性が生じた場合には、適宜処置されることについても同意いたします。

造影剤の使用に同意しません

尚、拒否したことによる結果について、主治医、検査担当医、医院の責任を追求しないことに同意いたします。

\*ご署名・捺印をお願いいたします。

医療法人 伯鳳会 はくほう会セントラル病院 院長 殿

令和 年 月 日

患者様氏名:

印(印鑑がない場合は自筆)

保護者又は代理人氏名:

印(印鑑がない場合は自筆) 続柄:

確認医師名:

印

\*検査同意書にご署名された後も検査前までは、同意を撤回する事ができます。尚、同意を拒否、撤回されても診療上不利を受けることはありません。

③患者様持参用(検査当日提出用)