|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **三沢市立三沢病院 CT・MRI・RI予約申込書（診療情報提供書）** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予約日時が決定後、速やかにFAX(検査依頼書、造影剤の説明書・同意書、MRI検査チェックリスト等含む)をお願いいたします | | | | | | | | | | | | | | | |
| **三沢市立三沢病院　新患受付行** FAX　0176－53－2173 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込みの流れ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. お電話でお申込みください。 0176－53－2161　電話交換に依頼部署（CT室・MRI室・RI室）をお伝えください。 2. 検査担当者が検査日をお知らせします。 3. **本状**、**該当する検査依頼書（CT・MRI・RI）**、**造影剤の説明書・同意書（造影検査の場合）**、**MRI検査チェックリスト（MRIの場合）**に必要事項を記載し、**ＦＡＸ**をお願いいたします。 「造影剤の説明書・同意書」は、患者さんのご署名、説明医師のご記名を忘れずにお願いいたします。また、コピーを患者さんへお渡しください。「検査での放射線について」（CT・RIの場合）、「MRI検査時の注意事項」（MRIの場合）もお渡しください。 4. **検査当日は、本状、検査依頼書、造影剤の説明書・同意書の原本（造影検査の場合）、MRI検査チェックリスト（MRIの場合）を必ず持参**してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査予定日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日(　　　　　)　　　　時　　　　分 | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査種別 | □ 単純ＣＴ（　　　　　　　） | | | | | □ 造影ＣＴ（　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| □ 単純ＭＲＩ（　　　　　　　） | | | | | □ 造影ＭＲＩ（　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| □ ＲＩ（　　　　　　　） | | | | | □その他 | | | | | | | | | |
| 患者情報 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | □ 男 | | □令和　□平成　□昭和　□大正 | | | | | | |
| □ 女 | | 年 | 月 | | 日 | | | 歳 |
| 住所　〒　　　- | | |  | | | | | | 自宅TEL |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | 携帯TEL |  | | | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | | |  | | | | 区分 　□ 本人 □ 家族 | | | | | 負担 | 割 | |
| 保険証コピー可 | 記号・番号 | | |  | | | | 公費負担者番号/受給者番号 | | |  | | | | |
| ご依頼医療機関 | | | | | ＊保険情報提供について患者さんの同意をお願いします | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒　　　- | | | | | | | | | | | | | |
| TEL / FAX | | TEL　　　　　-　　　　-　　　　　/ FAX　　　　　-　　　　- | | | | | | | | | | | | | |
| 送信者(問合せ担当者) | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ＊誤送信の際は廃棄処分をお願いします | | | | | | | | | | | | | | | |
| 三沢市立三沢病院病院新患受付作業 | | | | | | | | | | | | | | | |
| このファックスが届いたら、放射線科登録・患者登録（コメントに他院依頼ＣＴ○○／○○）を行う | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録後は、放射線受付事務に渡してください | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **【確認事項】**  1. ペースメーカ・ICD・CRT-D （ 有 ・ 無 ）  2. インスリンポンプ・持続血糖測定器 （ 有 ・ 無 ）  3. 妊娠（ 有 ・ 無 ）  4. 感染症（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）  5. 移動（ 徒歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ）  --------造影検査の場合--------  6. eGFR [　　　　 ] または クレアチニン [　 　　　]  　 　　　　　　 ╱ 測定日 年　　月　　日  7. 前処置（ 有 ・ 無 ）  8. ビグアナイド系糖尿病薬の休薬（ 有 ・ 無 ）  前後2日間休薬 [ 年 月 日～ 月 日]  9. 体重　[　　　　kg ] | | |
| **【検査日時】**  　　　 　　　　年　　　月　　　日  午前・午後　 　　時　　　分 |
| ふりがな  **【氏名】** |
| **【性別】**（　男　・　女　） |
| **【生年月日】**  　　 　年　　月　　日（　　　　歳） | “有”の場合の詳細、連絡事項等 | | |
| **【 撮 像 部 位 】**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | □ 頭部 | □ 頸部 | □ 心臓 | □ 骨盤下肢動脈 | | □ 副鼻腔 | □ 甲状腺 | □ 冠動脈 | □ 骨盤下肢静脈 | | □ 眼窩 | □ 乳房 | □ 頭部CTA | □ 頸椎 | | □ 顔面骨 | □ 胸部 | □ 頸部CTA | □ 胸椎 | | □ 鼻骨 | □ 腹部（上腹部） | □ 肺動脈 | □ 腰椎 | | □ 側頭骨 | □ 骨盤 | □ 胸部大動脈 | □〔　　　　　〕関節 | | □ 上顎骨 |  | □ 腹部大動脈 | □〔　　　　　　〕 | | □ 下顎骨 |  | □ 腎動脈 |  | | | | |
| □ P 　　□ CE 　　□ P＋CE 　　□ダイナミック　 □骨条件 | | | |
| **【その他の指示及び希望事項】** | | | **【読影】**  要 ・ 不要 |
| **【臨床診断】** | | **【検査目的】** | |
| **【臨床経過】**  **主治医** | | | |

CT検査依頼書

（診療情報提供書）

**造影CT検査を受けられる方へ**

**≪CT検査について≫**

・CT検査は、X線を利用して身体の断面を撮る検査です。

・検査時間は、検査内容によって異なりますが、検査台の上に横になり約5〜15分で終了します。

検査中は、体を動かさないようお願いいたします。

・**以下に該当する方は主治医へお申し出ください**。

□ 心臓ペースメーカ、植込み型除細動器（ICD）、両心室ペーシング機能付き植込み型除細動器

（CRT-D）が入っている。

（検査中に動悸や脈の乱れ、不快感等がありましたら、スタッフにお知らせください。）

□ インスリンポンプ、持続血糖測定器を装着している。（検査時は取り外しをお願いいたします。）

□ １週間以内にバリウムを用いた胃や大腸の検査を受けた。

□ 妊娠中または妊娠の可能性がある。

**≪検査日の飲食について≫**

・**検査3時間前から食事をお控えください**。飲水制限がない方は、水分（水、お茶）は多めにお取り

ください。

・普段から薬を服用されている方は内服してください。

（**ビグアナイド系糖尿病薬は、検査日の前後２日間休薬**してください。その他の糖尿病薬について

　も主治医にご確認ください。）

**≪検査当日について≫**

・**診察券、本用紙、予約申込書、検査依頼書、ヨード造影剤の説明書・同意書（原本）を必ず**

**お持ちください**。

・新患受付（15番）または保険証確認・予約窓口（19番）で受付をお済ませのうえ、血圧測定（院内に

自動血圧計設置）をし、**予約時間の30分前まで**に**放射線受付（6番）**へお越しください。

・検査開始時間は、緊急検査などで遅れる可能性があります。予めご了承ください。

・検査する部位により、ヘアピン、アクセサリー、入れ歯、湿布等は取り外していただく場合があります。

ファスナーやホックが付いているズボン、スカート、ブラジャー等は着替えていただく場合もあります。

着替えやすい服装でお越しください。

**≪検査終了後≫**

・造影影剤の排泄を促すため、検査後は十分に水分をお取りください。検査後の食事の制限はありません。

・ご帰宅後に副作用と思われる症状が見られた場合、主治医または救急外来（休日/夜間）へご相談

ください。症状が軽度であった場合でも、次回の外来受診時には必ず主治医へお伝えください。

**ご不明な点等ございましたら、遠慮なくお尋ねください。**

**検査時間に遅れる場合や来院できない場合はCT室までお知らせください。**

**三沢市立三沢病院　0176-53-2161 (代表)**

三沢市立三沢病院

**CT検査での放射線について**

**【検査の必要性】**

CT検査の結果、異常が認められなかったときは安心した日常生活を送ることができます。病気が発見されたときでも適切な治療を受けることで安心した日常生活を取り戻すことができます。一方で、CT検査を受けなかった場合、必要な情報が得られず適切な治療が受けられなかったり、治療の遅れが生じたりするおそれがあります。現在感じている症状の改善や不安を取り除くために、本検査と本検査で使用する放射線の必要性についてご理解ください。

**【放射線の体への影響】**

放射線の人体への影響は２つに分けて考えることができます。確定的影響（組織反応）と確率的影響です。

確定的影響は、ある一定の線量を超える放射線を受けた部位にのみ現れます。通常のCT検査で使用する少

ない放射線の量でこの影響が起こることはありません。

確率的影響は、放射線の量が増えれば起こる確率が増加します。代表的な例としては、遺伝的影響や発がんが挙げられます。遺伝的影響は、通常のCT検査で使用する放射線の量では問題になりません。発がんの確率がどのくらい増えるのかは明らかとなっていませんが、がんになる他のさまざまな原因（タバコや高カロリー食など）と比べても低いと推察されます。

**【線量の最適化と管理】**

当院では、できるだけ少ない放射線の量で適切な診断を可能とするために、次のような線量の最適化と管理

を行っています。

1) 装置から出力される線量を定期的に測定し、設定された線量が正確に照射されていることを確認して

います。

2) 診断参考レベル※に基づき、適正画像に必要な線量を設定・管理し、検査目的に応じて最適な撮影方法

　 を選択しています。

※ 診断参考レベル

適正な線量で検査するための指標です。医療被ばくを最適化する目的で利用することが推奨されています。日本では医療被ばく研究情報ネットワーク（J－RIME）が、関連する学会・団体の協力のもとに作成しています。

ご不明な点がございましたら、担当するスタッフまでお気軽にご質問ください。

三沢市立三沢病院

**ヨード造影剤の説明書・同意書**

氏名 　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　 検査日　　　 　　　　年　　　　　月　　　　日

(　　　　　　 年　　　月　　　日 生まれ　　 男 ・ 女　)

説明医師

**検査当日は本用紙を必ず持参してください。**

造影剤は、X線を使用する画像検査の際に血管に注射して画像を見やすくし、病気の診断を正確に行うための薬です。健康な方では12時間以内に大半が腎臓から排泄されます。病気の種類によっては、その診断や進行の程度の判断、治療方針決定のために造影剤が必要となります。造影剤を使用した場合、下記のような副作用・合併症が生じる可能性があります。造影検査の必要性がこのリスクを上回る場合に造影剤を使用することになります。

(1)　100人に3人（約3％）の割合で吐き気、嘔吐、気分不快、じんま疹、かゆみ等の軽度の副作用、

2500人に1人（0.04％）の割合で血圧低下によるショック、のどの粘膜の腫れによる呼吸困難等の重い副作用、

40万人に1人（0.00025％）の割合で死亡例があるといわれています。

現在のところ、副作用の発生を正確に予測する手段はありませんが、以前の検査で副作用があった場合やぜん　　そく、アレルギーがある方は、副作用の発生頻度が高くなります。

(2)　じんま疹、皮膚のかゆみ、頭痛等の症状が造影検査終了から1時間～1週間後に遅れて生じることがまれにあり

ます（遅発性副作用）。

(3)　造影剤の注射中及び注射後に熱感が生じることがありますが、これは生理反応で心配はありません。

(4)　一部の糖尿病薬（ビグアナイド系）では、乳酸アシドーシスを生じる危険性があるため、造影剤使用前2日間と

使用後2日間の休薬が必要となります。主治医の指示に従ってください。

(5)　造影剤による腎臓の機能低下が生じる可能性があります。

(6)　造影剤が血管外に漏れる場合があり、漏れた部位の腫れや痛みを伴うことがあります。通常は自然に吸収され

るため心配ありませんが、漏れた量が多い場合には処置が必要になることもあります。

＊ 妊娠中または妊娠の可能性がある方はお申し出ください。

造影検査後の授乳については、造影剤の母乳への移行はごくわずか（１％未満）であり、問題はないとされています。

①ヨード造影剤使用の既往 ( 有　・ 無　・ 不明 ) 副作用 ( 有　・ 無　)

副作用の内容 ( )

②ぜんそく ( 有　・　無 )　 服薬・吸入 ( 有 ・ 無 )

有の内容 (最終発作日： )

③薬や食物などのアレルギー 　　　 　( 有　・ 無 )

有の内容 ( )

④腎臓病 ( 有　・ 無　) 有の内容 ( )

⑤血縁者の造影剤による重篤な副作用　( 有　・ 無　・ 不明 )

⑥以下の疾患にかかったことがあるか、現在治療中の場合は該当するものを○で囲んでください

(重い肝障害、心不全、多発性骨髄腫、カルシウム代謝異常、糖尿病、甲状腺疾患、その他[ ])

⑦ビグアナイド系糖尿病薬の服薬 ( 有　・ 無　)

確認者 ： 検査室（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

私はヨード造影剤の説明を受け、副作用の可能性を理解しましたので、造影検査を受けることに同意します。

三沢市立三沢病院長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

本　　　人　 氏名

家　　　族　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）

法定代理人　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）