千葉メディカルセンター　地域医療連携室　行
ＦＡＸ　０４３－２６１－６８９９（直通）

診療情報提供書（ＣＴ検査依頼票）

フリガナ 患者氏名 生年月日　明 大 昭 平　年　月　日（　歳） 性　別　男 ・ 女 当院受診歴　有（診察券　－　－　）・無・不明	医療機関名 所在地 ＴＥＬ
連絡先（日中連絡がとれる電話番号） ＴＥＬ　携帯・自宅・勤務先	ＦＡＸ 医師名　㊞

検査希望日　※予約枠　月～金曜日（祝日を除く）14時～16時

□いつでも可能
□希望あり　①　月　日（　）　②　月　日（　）

検査の目的

【傷病名】

【検査目的】

【既往歴及び家族歴・症状の経過及び検査結果・治療経過】

【現在の処方・備考】

検査をご依頼される根拠となった単純Ｘ線写真などの画像のお貸し出しにご協力をお願いいたします。
（骨間接単純Ｘ線、継時的変化を疑った複数回の胸部Ｘ線、当院以外で撮像されたＣＴ、ＭＲＩ等）

依頼検査

【造影剤使用】　□無　□有

【検査部位】
- □頭　部　（脳・脳動脈・下垂体・内耳・副鼻腔・顎関節）
- □頸　部　（頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺）
- □脊　椎　（頸椎・胸椎・腰椎・仙椎）
- □胸　部　（肺・縦隔・乳房）
- □腹　部　（肝・胆・膵・腎）
- □骨　盤　（子宮・卵巣・膀胱・前立腺）
- □大血管　（胸・腹・骨盤・下肢）
- □関節・四肢・部位（　）
- □その他　（　）

画像　※ＣＤのみの提供となります	**レポート**
□普通郵便 □患者さん持帰り	□普通郵便 □ＦＡＸ　（原本は後日郵送いたします）

※月～金曜17時（土曜12時）以降のＦＡＸ受付分は、翌日（翌々日）速やかにご返事いたします。

医療法人社団 誠馨会
千葉メディカルセンター　地域医療連携室
ＴＥＬ　043-261-8199（直通）
ＦＡＸ　043-261-6899（直通）
受付時間　月～金　8:30～17:00
土　8:30～12:00

検査依頼時チェック項目

≪ＣＴ検査チェック項目≫	
・妊娠初期３ヶ月以内もしくは妊娠の可能性	□無　□有
・感染症	□無　□有
・心臓ペースメーカー、体内埋め込み型除細動器　（ﾒｰｶｰ名：　）	□無　□有
※時に問題となることがあります。応相談。　（機種：　）	

≪ＭＲＩ検査チェック項目≫	
・ペースメーカー、ＩＣＤ等（体内埋込型医療機器） ※条件付きＭＲＩ対応ペースメーカーへの検査に当院は対応しておりません。	□無　□有
・人工内耳、中耳	□無　□有
・体内金属（脳動脈クリップなど）　※不明時、応相談 （具体的に記入　）（素材：　）	□無　□有

≪造影検査チェック項目≫　※ＣＴ・ＭＲＩ共通　※造影検査の場合必須	
・喘息（現在発作のある活動性のもの）　原則禁忌	□無　□有
・腎機能	ml/min/1.73㎡
eGFR　45以上　造影可	
30～45　腎保護プロトコール　※検査前に補液を行います。検査1時間半前にご来院ください。	
30未満　原則禁忌	
透析患者　造影可　※特に透析日と合わせる必要なし	
※不明な点は"千葉メディカルセンター造影ＣＴ／ＭＲＩ検査における診療指針"をご参照ください。	

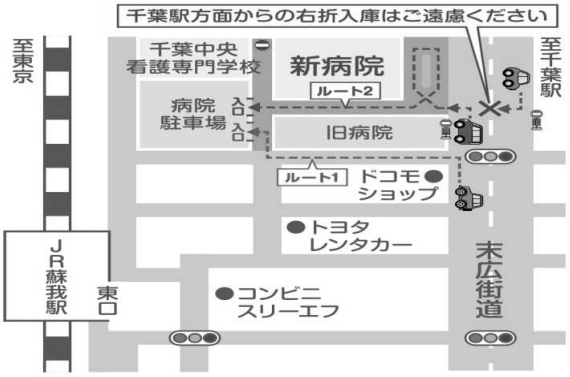
≪検査当日の患者さん持参書類≫		
・検査依頼時チェック項目（本紙）	・予約票	・診療情報提供書（検査依頼票）
・検査説明書、同意書	・健康保険証	・診察券、各種受給者証　※お持ちの方

◆ 交通のご案内 ◆

◎ＪＲ千葉駅下車
小湊バス③番乗り場
中央バス②番乗り場(花輪行)
共に１５分　千葉メディカルセンター下車

◎ＪＲ蘇我駅
東口下車徒歩 約６分

◎京成千原線
千葉寺駅下車徒歩 約１０分



医療法人社団 誠馨会
千葉メディカルセンター　地域医療連携室
ＴＥＬ　043-261-8199（直通）
ＦＡＸ　043-261-6899（直通）
受付時間　月～金　8:30～17:00
土　8:30～12:00

ID:

患者氏名:

生年月日:

造影CT検査説明書

今回実施する CT 検査では、造影剤を使用する可能性があります。内容についてご理解のうえ造影剤の使用に同意いただけるかどうか同意書にてお知らせ下さい。

1）造影剤の性質とその役割について

造影剤は、画像診断検査に際して、静脈より注射投与し、詳細な情報を得るための薬です。造影剤を使用しなくても CT 検査は実施できますが、病気の存在が分かりにくく正確な診断ができないことがあります。CT 検査では水様性ヨード造影剤が用いられます。腎機能が正常な方では注射後速やかに腎臓から尿中へと排泄され、24 時間以内にほとんどが体外へと排泄されます。

2）造影剤の副作用と合併症について

現在用いられている CT 検査用造影剤は一般に安全な薬剤とされていますが、以下のような副作用が生じることがあります。

① 軽度の副作用:吐き気・動悸・皮膚のかゆみ・発疹など

CT 造影検査の約 100 人に 2 人程に、軽度の副作用が生じるとされています。軽度の副作用では基本的に経過観察のみで、特別な治療を必要としません。

② 重度の副作用:呼吸困難・意識障害・血圧低下など

ときに治療が必要となる重い副作用が起こることがあります（約 1000 人に 1 人）。またときに入院や手術が必要となり、場合によっては後遺症が残る可能性があります。

③ 重篤な副作用

非常にまれにですが病状経過・体質により、重篤な副作用の結果死亡にいたる可能性があります(約 10 万人に1人)。

④ 造影剤の漏出（血管外へのもれ）

造影剤は点滴から注射をしますが、高速で注入するため途中で皮膚の下にもれて痛みやしびれなどを生じることがあります。多くの場合自然に回復しますが、まれに皮膚切開などの治療が必要となる場合があります。

⑤ その他、ごくまれに予期せぬ副作用・合併症が生じることがあります。

⑥ 造影剤使用時には体が熱くなることがありますが、血管に対する直接の刺激で正常な反応であり心配はありません。

3）造影剤を用いた検査を行えない人

① 以前造影剤でアレルギーが生じた方は副作用を生じる可能性が約 10 倍多いとされており、通常は造影が行えません。ただし、医学的な重要性を加味して時に造影を行うことがありますが、この場合は検査の重要性と危険性について説明させていただきます。

② 腎機能の悪い方では腎機能がさらに悪化する危険性があります。

③ またその他、造影剤の使用が禁忌とされているいくつかの疾患や病態（甲状腺疾患・心不全など）があります。

重篤な副作用を最小限とするために別紙の問診表に記入いただき、該当される方は予め検査担当医にお知らせ下さい。造影剤の使用につき慎重に検討いたします。

4）緊急時の対応について

副作用や合併症が生じた場合は、医師や看護士が必要に応じて適切な治療・対応を行います。検査中に注射部の痛み・不快感・体調不良などを感じた場合は直ちに検査担当者へとお知らせ下さい。検査室には必要な医薬品や救急用設備を用意してあります。

検査終了の後日、遅発性副作用が生じた場合も、適切な診察と治療を実施いたします

5）検査のための準備

副作用の吐き気・嘔吐が生じた場合の肺への食物の誤嚥をさけるために、検査当日は食事制限をさせていただいております。検査前4時間は食事をお控え下さい。水分は腎臓への負担を軽減するために十分にお取り下さい。特に指示のない限り固形物を含まないものであれば糖分を含む飲料を飲んでいただいてかまいません。普段飲まれている薬は通常通り服用して下さい（糖尿病薬を服用・注射されている方は食事制限の関係上担当医の指示に従って下さい）。脱水・胃分泌物の増加をさけるため検査前日・当日の飲酒はお控え下さい。

6）検査後の生活について

検査後に生活に制限はございません。水分を特に制限されていない場合、腎臓よりすみやかに造影剤が排泄されるよう検査後に水分はいつもより少し多めにお取り下さい。検査数日後まで遅発性副作用の起こる可能性があります。検査後に体調不良が生じた場合、下記の連絡先にご連絡下さい。必要に応じて適切な診察と治療を実施いたします。

この説明書はご本人が保管してください。

担当医師よりの説明に同意された場合、別紙の【造影 CT 検査同意書】に必要事項を記入の上、検査担当者にお渡し下さい。

連絡・問い合わせ先： 043－261－5111（代）

千葉メディカルセンター 放射線科

カルテ保管用（検査当日放射線科受付にお渡し下さい）

ID:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

造影 CT 検査同意書

千葉メディカルセンター　病院長殿

私は、今回の検査における造影剤の使用について、別紙の説明書にもとづき担当医師より説明を受け、内容について質問する機会を得ました。検査における造影剤の必要性と副作用について理解した上で以下のように回答致します。
（1. 2. いずれかの番号を〇で囲み下記に署名下さい。ご本人が未成年・説明の理解と回答が不能な状態である場合は代理人の方が署名下さい。）

検査担当医師の判断により検査で造影剤の使用が必要と判断された場合

１）　造影剤を使用することに同意いたします。
予期せぬ事態の際の緊急処置が適宜行われることについても同意いたします。

２）　造影剤を使用することは希望しません。
造影剤を使用しないため正確な診断が行えない可能性について理解しました。

＿＿＿年＿＿月＿＿日　　本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（未成年・本人署名が困難な場合のみ）

（患者様との間柄：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

上記に同意された場合でも、検査開始直前までいつでも同意を撤回し造影剤の使用あるいは検査自体を中止することができます。

（受診科担当医記入）

上記患者に対して検査・処置に関する説明を行い、上文書に同意もしくは拒否されたことを確認しました。

＿＿＿年＿＿月＿＿日

千葉メディカルセンター　放射線科　　医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

千葉メディカルセンター

改訂日 2016年9月1日 放射線部

患者様保管用（ご自身で保管下さい）

ID:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

造影 CT 検査同意書

千葉メディカルセンター　病院長殿

私は、今回の検査における造影剤の使用について、別紙の説明書にもとづき担当医師より説明を受け、内容について質問する機会を得ました。検査における造影剤の必要性と副作用について理解した上で以下のように回答致します。
（1. 2. いずれかの番号を〇で囲み下記に署名下さい。ご本人が未成年・説明の理解と回答が不能な状態である場合は代理人の方が署名下さい。）

検査担当医師の判断により検査で造影剤の使用が必要と判断された場合

１）　造影剤を使用することに同意いたします。
予期せぬ事態の際の緊急処置が適宜行われることについても同意いたします。

２）　造影剤を使用することは希望しません。
造影剤を使用しないため正確な診断が行えない可能性について理解しました。

＿＿＿年＿＿月＿＿日　　本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（未成年・本人署名が困難な場合のみ）

（患者様との間柄：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

上記に同意された場合でも、検査開始直前までいつでも同意を撤回し造影剤の使用あるいは検査自体を中止することができます。

（受診科担当医記入）

上記患者に対して検査・処置に関する説明を行い、上文書に同意もしくは拒否されたことを確認しました。

＿＿＿年＿＿月＿＿日

千葉メディカルセンター　放射線科　　医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

千葉メディカルセンター

改訂日 2016年9月1日 放射線部

ID:

患者氏名:

生年月日:

造影 CT 検査のための問診表

① 今までに造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？ **なし　あり**

② その際副作用はありましたか **なし　あり**

"あり"の場合該当するものに〇印を付けてください。

1)かゆみ　2)発疹　3)蕁麻疹　4)吐気　5)頭痛　6)めまい　7)その他_____

③ 今までに喘息(ぜんそく)と言われた事がありますか？ **なし　あり**

現在、喘息(ぜんそく)の薬を飲んでいますか？発作がありますか？ **なし　あり**

④ アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？ **なし　あり**

薬のアレルギー(薬剤名_____)・食物アレルギー・その他のアレルギー(_____)

⑤ 腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか？ **なし　あり**

⑥ 甲状腺機能亢進症の病気がありますか？ **なし　あり**

⑦ アルコール綿や消毒薬に過敏性がありますか？ **なし　あり**

⑧ 毎日飲んでいる薬、または行っている注射がありますか。 **なし　あり**

⑨ 下記に該当する糖尿病薬を飲んでいたら〇印をつけてください。

メデット　メトグルコ　ネルビス　グリコラン　メトリオン　メトホルン塩酸塩錠

ジベトス錠　ジベトスS腸溶錠　メタクト配合錠LD・HD　エクメット

⑩ (女性)現在、妊娠中、授乳中、また妊娠している可能性はありますか？ **はい　いいえ**

【検査当日】

1. 体調は変わりないですか。 **良好　不良**

2. 毎日飲んでいる薬は飲んできましたか。 **はい　いいえ**

3. 最後の食事は_____時に済ませました。

4. 水分(水／お茶)は十分取りましたか？ **はい　いいえ**

【病院確認欄】

(体重　　kg) (BT＝　　) (P＝　　) (BP＝　　)

(SpO2　　) (Cr:　　eGFR:　　採血日　　)

チェック

□医師_____ □放射線技師_____ □看護師_____