

# CT・MRI検査依頼書兼診療情報提供書

上福岡総合病院

ご依頼 医療機関名	
医師名	
ご予約日時	月　　日
	時　　分より

ご依頼方法	
①	下記へご連絡ください 上福岡総合病院 TEL : 049-266-0111
②	本状をご本人へお渡しし、検査当日マイナンバーカードまたは資格確認証とともに予約時間の20分前までに総合受付にお声がけいただけよう、ご案内をお願いします。
③	検査後ご本人にCD-Rをお渡しし、説影結果はFAX、原本は郵送させて頂きます。

フリガナ		年齢	性別
患者様氏名		歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年　　月　　日

診断名	
検査目的	

検査方法・部位にレ点を入れてください

CT				MRI						
		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影			<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影			
頭部	<input type="checkbox"/> ルーチン	<input type="checkbox"/> 聴器	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 歯	頭部	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> VSRAD	
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部		<input type="checkbox"/> 甲状腺				<input type="checkbox"/> 聴器・副鼻腔・眼窩等	<input type="checkbox"/> 頸関節		
胸部	<input type="checkbox"/> 肺野・縦隔				胸部	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRA			
腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 腹部全体（上腹部～骨盤部）				<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 乳房（造影のみ）			
骨盤部	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣		<input type="checkbox"/> 膀胱・前立腺		腹部	<input type="checkbox"/> 腹部（肝胆脾膵）		<input type="checkbox"/> 腹部（腎・副腎）		
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙尾椎		<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> EOB（肝臓）（造影のみ）			
上肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 上腕	<input type="checkbox"/> 肘	骨盤部	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 肛門	
	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 手		<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙尾椎
下肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 大腿	<input type="checkbox"/> 膝	上肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 上腕	<input type="checkbox"/> 肘	<input type="checkbox"/> 前腕
	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 下腿	<input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> 足		<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 手	<input type="checkbox"/> 手指	
その他					下肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 大腿	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 下腿
						<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> 足	<input type="checkbox"/> 足趾	
						<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 皮下腫瘍（部位：）			
					その他					

注：造影CT・造影MRIのご依頼は別紙、「造影剤使用同意書」も作成いただき同封して下さい



上福岡総合病院で

# CT・MRI検査を受けられる患者さまへ

## 検査予約日時

月　　日　　曜日　　時　　分～

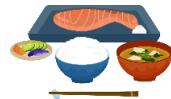
※予約時間の20分前までにご来院ください

## 当日のお持物

- ・診療情報提供書
- ・マイナンバーカードまたは資格確認証
- ・上福岡総合病院の診察券（お持ちの方のみ）
- ・MRI検査事前チェック票（MRI検査をお受けになる方のみ）
- ・CT・MRI造影剤検査問診表・同意書（造影剤検査の方のみ）

## 当日の食事・飲水

- 腹部以外の単純CT・MRI検査の方は飲食制限はありません。
- 腹部単純CT・MRI及び、全ての造影CT・MRI検査の方は医師からの指示がある場合を除き、検査3時間前より食事は摂らないで下さい。  
尚、水・お茶・白湯の水分摂取は可能です。（造影剤検査後、注入した造影剤は尿から体外に排出されます。検査後は、普段より多めに水分を摂るようにして下さい。）
- MRCP検査の方は、検査6時間前より食事は摂らないで下さい。  
水分は1時間前より摂らないで下さい。



## 当日の内服薬

- 心臓・高血圧の薬を服用中の方は通常どおりでお願い致します。
- ピクアナイド系糖尿病薬は検査前48時間、検査後48時間の服用は止めて下さい。  
(造影CT検査のみ)



- 検査の変更・キャンセルは紹介元の先生または上福岡総合病院にお電話をお願い致します。  
(月)～(金)9時～17時00分・(土)9時～13時00分 ☎049-266-0111

## CT撮影時の注意

リブレを貼り付けている方はCT撮影は行えません。



### 交通のご案内

無料送迎バスのダイヤはホームページをご参照ください

お車でお越しの方へ	上福岡駅から無料送迎バスをご利用の方へ	ふじみ野駅から無料送迎バスをご利用の方へ
<p>埼玉県ふじみ野市福岡931番地 ※敷地内無料駐車場あり</p>	<p>8:50から約15分間隔で運行しています</p>	<p>9:30から毎時30分に出発しています</p>

## 造影剤検査を受けられる方へ

今回実施する検査は”造影剤”という薬剤を使用して行う検査です。

一般に造影剤の使用により、病気の存在や状態がより詳しく正確に描出され、精度の高い診断に大変役立ちます。

この造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が発生することもあります。

1) 軽い副作用：吐き気、嘔吐、かゆみ、発疹などが、20～100人に1人の割合で発生しますが、多くは心配ありません。

2) 重い副作用：血圧低下、呼吸困難、意識障害などが、1000～2000人に1人の割合で発生します。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。  
極めてまれですが、10万～100万人に1人の割合で死亡に至る例もあります。

3) 遅発性副作用：検査終了後数時間から数日後にも発生する場合があります。  
残念ながら、こうした副作用はいつ発生するか事前に知ることができません。  
また前回の検査で副作用がなくても、今回発生することもあります。

造影剤にはこうした副作用がありますが、あなたの病気を診断・治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。

万一副作用が発生しても、すばやく対応ができるようにしたうえで検査を行なっています。もし変だと感じたら、ためらわずにすぐおっしゃってください。

造影剤の注射中に、血管の外に造影剤が漏れることがあります。少量の漏れは心配いりません。極めてまれですが多量に漏れた場合は、別の処置が必要となります。

※現在妊娠又は妊娠している可能性のある方は原則として検査できません。

※授乳中の方は検査終了後CTでは48時間、MRIでは24時間授乳をお避けください。

※CT検査でヨード造影剤を使う時、糖尿病のお薬で、塩酸メトホルミン（メトグルコ・グリコラン・メデット・メルビン等）は検査前48時間、検査後48時間はお薬を飲まないで下さい。

# CT造影検査問診表・同意書

[検査日 月 日]

## 患者様記入欄

太い枠内のチェック・署名をしてください。

質問事項	回答欄	紹介元 確認 チェック欄
■ CT検査で、造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか。 そのとき副作用はありましたか。 症状 吐き気・じんましん・息苦しさ・その他 ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
■ 喘息といわれたことはありますか。（いつ頃 )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
■ アレルギー性の病気・体质・薬物過敏症（薬物アレルギー等）の既往歴がありますか。 上記で薬物アレルギーが「あり」の方は何のアレルギーですか ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
■ けいれん・てんかん発作をおこしたことはありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
■ 今までに、次の病気にかかられたことがありますか。 [重篤な甲状腺疾患や心障害や肝障害や腎障害・テタニー・ 多発性骨髄腫・褐色細胞腫・マクログロブリン血症]	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
■ 現在、糖尿病の治療で飲んでいるお薬はありますか。 以下の該当薬剤があれば○を、なければ薬剤名を記入してください。 [メトグルコ・エクメット・グリコラン・メデット・メルビン] その他の糖尿病治療薬 ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
※ヨード剤検査の時、塩酸メトホルミン（メトグルコ・グリコラン・メデット・ メルビン等）は検査前48時間・検査後48時間内服を中止する。 [乳酸アシドーシス発現のリスクあり]		
■ 現在の体重を記入してください。 ( ) Kg		<input type="checkbox"/> 済み
女性の方へ		
■ 授乳中、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み

※なお検査予約後、上記の問診内容に変更点があった場合は検査当日までにお申し出ください。

今回の検査に対して検査内容・造影剤の副作用の説明を受けました。  
造影剤の使用に同意し検査を希望するとともに、万一副作用が出た場合は、  
必要な治療、処置を受けることに同意します。

年 月 日

患者さま署名欄

※ご本人が署名できない場合など

(代理人氏名)

続柄 ( )

## ご依頼医師記入欄

クレアチニン値 ml/dl	eGFR値 ml/min	採血日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 腎機能確認済 <input type="checkbox"/> 医師より腎機能確認不要の指示あり
------------------	-----------------	---

医師署名欄

---

予約時確認者

検査当日確認者

検査時確認者

看護師

放射線技師

上福岡総合病院