

CT検査に関する文書

**ご記入
願います**

CT検査を受けられる方へ

フリガナ :		様
氏名 :	()才	性別 :
生年月日 :	()才	性別 :
予約日 :	予約時間 :	

注意:検査結果が不正確にならないように以下の事項を守って下さい。

- CT検査当日は、病院にて受付をし案内表とこの予約箋を、検査時間の10分前までにレントゲン室受付⑩番にお出し下さい。
- 検査の都合により予約時間より遅延する事があります。
- 造影剤を使用してCT検査をされる場合、午前の検査の方は朝食を、午後の検査の方は昼食を食べないでお越し下さい。(乳製品以外の水分は可)
- 造影検査される場合、糖尿病薬を服用されている方は、検査の前後に中止していただく場合がありますので、事前にお申し出下さい。
- アレルギー体質の方や妊娠の可能性のある方は検査前に担当者にお申し出ください。
- 当日来院できない場合や、予約時間に来院できない場合は、下記までにご連絡下さい。
- その他不明な点や、ご心配な点などありましたらご遠慮なく下記にお問い合わせください。

* 女性の方のみ下記の質問にお答え下さい。

妊娠の可能性はありますか? 有り 無し

記入者 _____

京都市づ川病院 放射線科 CT室

代表 (0774)54-1111

**ご記入・ご署名
願います**

ヨード系造影剤使用に関する問診票・同意書

氏名	様
生年月日 :	()才 性別 :

**ご記入
願います**

1: 造影剤使用歴	あり・なし	医師確認欄
造影剤による副作用の既往 (頭痛・吐き気・発疹・咳・くしゃみ・息苦しさ・その他)	あり・なし	<input type="checkbox"/>
2: 気管支喘息の既往	あり・なし	<input type="checkbox"/>
3: 薬・食べ物でのアレルギー歴 (じんましん等)	あり・なし	<input type="checkbox"/>
4: 腎機能低下	あり・なし	<input type="checkbox"/>
5: 甲状腺機能亢進症	あり・なし	<input type="checkbox"/>
6: 妊娠又は妊娠の可能性	あり・なし	<input type="checkbox"/>
7: 糖尿病薬服用	あり・なし	<input type="checkbox"/>

※ ありの場合、お薬の名前を以下から選んで下さい

ビグアナイド系	<input type="checkbox"/> メグルロ	<input type="checkbox"/> グリコラン	<input type="checkbox"/> メット	<input type="checkbox"/> ネルビス	<input type="checkbox"/> ジベトス
糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 外ホルミン塩酸塩	<input type="checkbox"/> イニシク	<input type="checkbox"/> ジベトンス	<input type="checkbox"/> メクト	<input type="checkbox"/> エクト
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			

※ビグアナイド系糖尿病薬の場合、原則検査2日前から検査後2日間は服用を止めて下さい。

造影剤を使用することにより、身体内部の構造が明瞭に描出され、より正確な診断が可能になります。しかし、時に副作用(皮膚・吐き気など)が出現し、まれにショックのような重篤な合併症が出現する事があります。その際は、それに応じた処置を適宜実施いたします。

*造影検査およびそれに伴う合併症に関する説明を受け、検査の施行に同意します。

平成 年 月 日

患者氏名 : _____

又は代理人 氏名 : _____ 患者様との続柄()

**ご署名
願います**

糖尿病薬中止期間 薬剤名() 月 日 ~ 月 日

ヨード系造影剤使用可否	可・不可
医師署名	平成 年 月 日

京都市づ川病院

**担当医による記入
願います**

当院の放射線科医が記入します