

(カルテ用)

漢字 _____ 才 _____

CT 照射 録

CT No. _____

兼 診療情報提供書

登録番号

カルテ番号

急現・次回

氏 名

生年月日

科 名

性別

日付

外 来	内科・外科・整形外科・小児科・眼科・泌尿器科 産婦人科・骨・ペイン・検診・皮膚科
病 棟	2 F ・ 3 F 北 ・ 3 F 南 ・ 4 F ・ 5 F
患者移動	歩行・車椅子・ストレッチャー (_____ 号室)
同日検査	胸・腹・ECG・エコー・MF・他 (_____)

撮影年月日	年 月 日 時 分	撮影条件	120KVP200mA2.7sec
検査部位	頭部・頸部・胸部・脊椎		
	腹部(上部)・骨盤・その他(_____)		
検査方法	単純のみ	造影のみ	単純+造影
	造影剤 <input type="checkbox"/> モイオパーク300シリンジ100ml <input type="checkbox"/> _____ ml <input type="checkbox"/> ガストログラフィン _____ ml		
	催眠剤：不要・要(_____ ml)	比較CT 無・有(_____ 年 月 日)	技師(_____)

主病名・検査目的

<Dr チェック>
 造影剤副作用歴(無・有)
 アレルギー歴(無・有)
 心疾患(無・有)
 腎機能(正・異)
 ↓
 造影剤(可・否)

依頼医(_____)

所 見

年 月 日 報告医(_____)
前橋協立病院放射線室

CT (IP・DIP) 造影剤使用検査事前問診票

検査日時 年 月 日 時 分 予約
 ID お名前 (歳) 男・女 体重 kg
 質問回答者 本人・家族(続柄)、その他 ()

* 造影剤使用検査を行うにあたり、あなたの様子を教えてください。
 * 下記の質問事項に「はい」「いいえ」のどちらかを○で囲んでください。

No	質問項目	回答欄		医師	技師
				確認欄	確認欄
1	気管支喘息と言われたことがありますか。	はい	いいえ		
2	アレルギー体質と言われたことがありますか。	はい	いいえ		
3	両親・兄弟に気管支喘息・発疹・じんましんなどのアレルギー体質の人がいますか。	はい	いいえ		
4	食物で、じんましんがでたことがありますか。(食品名)	はい	いいえ		
5	今までに薬を飲んだり注射をして、気分が悪くなったり熱がでたり皮膚に発疹がでたことがありますか。(薬品名)	はい	いいえ		
6	ヨード過敏症と言われたことがありますか。	はい	いいえ		
7	心臓が、悪いと言われたことがありますか。(病名)	はい	いいえ		
8	腎臓が、悪いと言われたことがありますか。(病名)	はい	いいえ		
9	肝臓が、悪いと言われたことがありますか。(病名)	はい	いいえ		
10	糖尿病の治療をしていますか。(服用薬)	はい	いいえ		
	★ビグアナイド系糖尿病薬(メトグルコ等)は造影剤投与前および投与後48時間は内服中止 ★服用を中止していない場合は原則造影禁忌				
11	甲状腺の病気(甲状腺腫・機能亢進症)で、現在治療している。	はい	いいえ		
12	以前造影剤の検査をした際、具合が悪くなったことがありますか。 (検査名: 症状:)	はい	いいえ		
13	女性のみ 妊娠、またはその可能性がありますか。	はい	いいえ		
	現在授乳していますか。	はい	いいえ		

※造影検査について心配な事がありましたら、納得のゆくまでおたずね下さい。

問診実施日 年 月 日	問診確認者名 ()
◆eGFR 値 30 以下またはクレアチニン値 2.0 以上は造影禁忌	採血日
	造影時
	eGFR値 クレアチニン値
	()

造影剤の使用 (可・否) 依頼医師名 ()

確認技師 ()
 検査年月日 ()

CT、MRI 等の造影剤使用検査にあたっての説明と同意

造影検査のご説明

CT、MRI 検査等 (月 日 曜日 時 分子約) の際、血管に造影剤を注射し検査を行います。造影剤の中にはヨード (CT 検査)、あるいはガドリニウム、鉄 (MRI 検査) などの物質が含まれており、これらに過敏症の方には使用できません。また、使用した薬剤は尿中に排泄されるため、腎機能の悪い方にも使用できません。

副作用として

- アレルギー反応(かゆみ、じん麻疹、吐き気、呼吸困難、血圧低下、意識消失など)
- 腎不全(むくみ、血圧上昇など)
- 神経症状(けいれん発作など)
- その他(熱感など)

が報告されていますが、これらの副作用の頻度は造影剤の改良により非常に少なくなっています。(CT/MRI の造影剤の副作用は全体の1~3%で、重篤な副作用はさらに低く0.01~0.04%(一万人に1~4人)です。万が一副作用が発生した場合は、直ちに適切な処置を行います。造影剤の副作用には検査中や直後に生じる即時性のものと、検査が終了してから数時間から数日後に起きる遅発性のものがあります。念のため数日間は様子を見てください。また、造影効果を上げるため急速に血管内に注入する必要があります。時に血管が破れて造影剤がもれてしまい、痛みや腫れの原因となってしまうことがあります。十分な注意を行いますはやむをえずそのような事がおこることについてご承知おきください。そのような場合も一定の時間(通常1~2週間)のうちに痛みや腫れは軽快消失します。以上のことから安全な検査を実施するために造影剤の間診を行います。ご協力をお願いいたします。また、何かご心配なことがありましたらお気軽にお声がけください。

説明者名 ()

同意書

確認技師名 検査年月日
() ()

以上、問診および検査の必要性、危険性について十分な説明を受け、質問する機会を得ましたので、下記の造影剤使用検査を受けることに同意します。また、実施中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合は適宜処置されることについても同意します。

【検査日】 平成 年 月 日

【検査名】 1. 造影 CT 2. 造影 MRI 3. 腎尿路造影 4. 胆のう造影 5. ()

【患者氏名】(自筆) _____ (保護者または保証人氏名 _____ 続柄 _____)

【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日

署名日 平成 年 月 日

前橋協立病院長 殿