**予約票**

**CT検査をお受けになる患者様へ**

|  |
| --- |
| **検査日時：　　　　　年　　　 月　　　日（　　）　午前・午後 　　時　　 分** |

**お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　様**

◎予約時刻の15分前までに当院受付までお越しください。

◎CT検査依頼書とマイナンバーカードまたは、健康保険証・（お持ちの方は老人受給者証）を必ずご持参ください。

◎検査の予約日に来院できない方は、なるべく前日までに当院までご連絡ください。

**CT検査について**

○検査時間は10分～30分です。（検査部位・検査法によって異なります。）

○腹部CT検査をお受けになる方に限り、3時間前より絶食して下さい。ただし、水分は十分にお摂り下さい。

○腹部CT検査以外の方は、通常通りお食事を取って構いません。

**造影CT検査をお受けになる方**

○脱水状態は副作用のリスクを高めるため、十分な水分摂取をお願いします。

○服用中のお薬は、医師の指示がない限り通常通り服用してください。

○次の項目に該当する方は、検査前にスタッフに必ずお知らせください：

　1. 過去に造影剤使用で気分が悪くなった経験がある方

2. 気管支喘息、食物・薬による蕁麻疹などのアレルギーがある方

3. 痙攣（ケイレン）の経験がある方

4. 心臓病、腎臓病、糖尿病、甲状腺疾患などの既往症がある方

**ご注意して頂くこと**

○妊娠、または妊娠の可能性がある方は、当院ではCT検査を行うことはできません。

○検査に影響を与える可能性があるため、ヘアピン、イヤリング、ネックレス等の金属製のアクセサリー類や、金属を含む服装は外して頂くことがあります。

**もりした循環器科クリニック**

〒606-8277

京都市左京区北白川堂ノ前町36番地

（北白川別当町交差点北西角　北白川別当町バス停徒歩1分）

Phone 075-702-0022　Fax 075-702-1122

**CT検査依頼書（診療情報提供書）**記：　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| フリガナ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　年　　　月　　　日　　　　才  患者様お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　男・女 |
| 患者様連絡先：　　　　　　　　（　　　　　　） |
| 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医： |

＊**もりした循環器科クリニックにお電話（075-702-0022）して頂き**、予約をお取り頂いた上で、

CT検査依頼書 ＆ 造影CT検査同意書をFAXしてください。

＊本依頼書は診療情報提供書にもなりますので、郵送または当日ご持参して頂きますようお願いいたします。

本ＣＴ検査依頼書、造影剤使用同意書（別紙）をFAXしてください

FAX:075-702-1122

|  |
| --- |
| **検査日時：　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）　午前・午後　　　　　：** |
| 検査目的・臨床診断・経過： |

**心臓（冠動脈）造影CT依頼**

|  |
| --- |
| □心臓（冠動脈）造影ＣＴ（＊胸部単純ＣＴ含む）　　ステント：□無　□有　　バイパス：□無　□有  ステント・バイパス詳細・他心疾患既往等： |
| **心臓CT以外のCT依頼** |
| □単純ＣＴのみ　　　□単純ＣＴ＋造影ＣＴ　　　□造影ＣＴ　　　□当院に一任 |
| 検査部位：□頭部　□頸部　□胸部　□腹部　□骨盤部　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　□脳動脈　□頸動脈　□肺動脈　　□胸部大動脈　□腹部大動脈  　　　　　□腹部動脈（肝ダイナミック等）　□下肢動脈　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| ＊造影ＣＴの方は記入ください  造影剤アレルギー：□無 □有　　気管支喘息：□無 □有　 糖尿病：□無 □有（ □ビグアナイド系内服）  腎機能： 血清クレアチニン値　　　　　mg/dl, eGFR 　　 ml/min./1.73㎡  その他アレルギー：□無 □有( 　　　　　　　　　　　 ) |
| 貴院次回外来予定日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　ＡＭ・ＰＭ　　　　　： |

もりした循環器科クリニック　〒606-8277京都市左京区北白川堂ノ前町36番地　TEL: 075-702-0022

もりした循環器科クリニック

**造影CT検査時のヨード造影剤使用に関する説明書・同意書**

当院では造影剤を使った検査をお受けになる方へ、「造影剤投与に関する同意」を確認させて頂いております。 以下の項目をよくお読みになった後に、ご納得して頂けましたら同意書にご署名をお願い致します。

1. 造影剤を使用する必要性

**診断のための情報量を増やすためです。**造影剤の投与によって血管内部や病変部が明瞭に描出され、造影剤を使用しないCT検査よりもさらに正確な診断が可能となります。

1. 造影剤の副作用・危険性

　ヨード造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることがあります。

　副作用の多くは、吐き気、嘔吐、じんましん等の軽度のもので、このような軽度の副作用の発生頻度は約3％です。また、2万5千人に1人（0.004％）の頻度で呼吸困難、血圧低下等の重い副作用の報告があります。

**副作用に対しては、適切な処置が迅速に行えるよう常に体制を整えています。**

3. 造影剤の使用に注意が必要な患者

①造影剤の副作用歴のある方 ②重篤な甲状腺機能障害のある方

③腎臓の機能に障害がある方 ④気管支喘息のある方

⑤糖尿病薬（ビグアナイド系糖尿病薬）を服用している方

4. その他の副作用

・造影剤を注入の際、身体が温かく感じますが、心配いりません。

・造影剤の注入に関しては細心の注意をもって実施していますが、造影剤を勢いよく注入するために血管外に漏れることがあります。注射部位が腫れて痛みを伴うことがあります。通常は時間が経過すれば自然に吸収されます。

　　　検査を受けるにあたり、上記の説明を理解し、納得された方は、同意書にご署名ください。

**造影CT検査同意書**

本人は造影CT検査の副作用や説明を理解し、検査を受けることに同意します。

（同意された後でもいつでも撤回することができます。）

　記入日：　　　　　　年　　 　月　 　日　　　　　　　（署名）：

親族又は代理者：

依頼医師署名：