

# CT検査を受けられる方へ

フリガナ		性別	医療機関名		
氏名		男・女	診療科 主治医		
生年月日	年 月 日生	歳	電話 ( )	—	
			FAX ( )	—	
電話番号	(日中連絡の取れるところ) ( ) —	身長	cm	体重	kg
検査日時	年 月 日 ( )		午前・午後	時	分

- ▶ 検査は完全予約制です。遅刻されますと長時間お待ちいただくたり、日程変更をお願いすることがあります。
- ▶ 当日は保険証と依頼書を必ずご持参ください。
- ▶ お荷物は全てロッカーに入れて頂きます。電子機器類や磁気カードを検査室内に持ち込んで使用できなくなった場合や紛失、盗難が発生しても当施設では一切責任を負いませんのでお取扱いにご注意ください。
- ▶ 妊娠されている方および妊娠の可能性がある方の検査はお断りしております。
- ▶ 検査部位が「胸部、上腹部、下腹部、骨盤部、腰椎、心臓」の方は、バリウム検査実施後1週間以上の間を空けてください。
- ▶ インスリンポンプ・持続グルコース測定器は検査前に外しておいて下さい。

## 【ペースメーカー・除細動器を装着されている方へ】

- ◇ ペースメーカーを装着した方のCT検査は行っておりますが、機種によっては本体部分の撮影が出来ない場合があります。循環器内科主治医にご確認いただき、念のためにペースメーカー手帳のご持参をお願い致します。
- ◇ 除細動器（ICD）を装着された方のCT検査も行っておりますが、原則として本体部分の撮影は出来ませんのでご了承ください。

## 【食事制限について】

- ◇ 「造影検査」および単純検査が「上腹部・下腹部・骨盤部・腰椎」の方は、検査前4時間の絶食をお願いします。
- ◇ 糖分を含まない水分（水、白湯、日本茶）は特に指示が無ければ検査開始までは摂取可能です。

## 【排尿制限について】

- ◇ 検査部位が「下腹部」の方は尿を溜めた状態で検査をしますのでトイレは来院1時間前までに済ませてください。

## 【造影検査について】

- ◇ 「気管支喘息・甲状腺機能亢進症の既往、腎機能低下、造影剤アレルギーがある、現にじんましんが出ている方」は造影剤の副作用を考慮して造影をお受けできません。単純撮影でも差し支えないか主治医とご相談下さい。

Nakanoshima Clinic  
**中之島クリニック**

〒553-0003

大阪市福島区福島二丁目1-2

電話番号：06-6451-6100(代)

F A X：06-6451-1234

**予約専用番号：0120-489-401**

予約受付時間 月～金 9:00～19:00

土 9:00～17:00

診療時間 月～土 8:30～17:00



# CT検査依頼書 (中之島クリニック用)

依頼書の太枠内はすべてご記入ください。

フリガナ		性別	医療機関名			
氏名		男・女	診療科			
			主治医			
生年月日	年 月 日生	歳	電話 ( )		—	
			FAX ( )		—	
電話番号	(日中連絡の取れるところ) ( ) —	身長	cm	体重	kg	
検査日時	年 月 日 ( )	午前・午後 時 分				
臨床診断名	手術歴、現病歴(症状)等					
検査目的						
撮影手技	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> (単純+)造影 <input type="checkbox"/> 一任 (事前に本依頼書のFAXをお願いします) <input type="checkbox"/> CTAngio *eGFRが45以下は単純検査となります。 *気管支喘息・甲状腺機能亢進症の既往・腎機能低下・造影剤アレルギー・現にじんましんが出ている方は造影検査をお断りしております。					
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 顔面骨 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 歯科用インプラント(上顎・下顎・両顎) <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 関節 ( <input type="checkbox"/> みぎ・ <input type="checkbox"/> ひだり) <input type="checkbox"/> 中耳・内耳 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 椎体 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 肋骨					
撮影方法及び図示についてはこちらにご記入ください						
～ 以下の確認およびチェックもお願いします ～						
<input type="checkbox"/> 今回のCT検査には医療被ばくが伴うことを説明した						
<input type="checkbox"/> 診療に当たって必要な検査であり、今後の診療において医療被ばくのリスクを上回るベネフィットがあることを説明した						
<input type="checkbox"/> 中之島クリニックでの検査は、診断に適した線量基準 (DRL) を満たしており、安全性が確保されていることを説明した						
検査結果	画像は、当日DVDでお渡し致します。(冠動脈を含む血管造影CTは、後日のお渡しとなります)					
	読影レポートについて 月 日 ( ) までに必要 次回診察日 月 日					

## 【主治医の先生へのお願い】

過去に検査された画像フィルム、CD等は、患者様に持参をご指示いただきますようお願いいたします。  
安静を保つため麻酔・鎮静剤などが必要な方は、必ず主治医のご同伴をお願いいたします。

# CT検査依頼書 (依頼元控え)

依頼書の太枠内はすべてご記入ください。

フリガナ		性別	医療機関名
氏名		男・女	診療科
			主治医
生年月日	年 月 日生	歳	電話 ( ) -
電話番号	( ) -		FAX ( ) -
検査日時	年 月 日 ( )	身長	cm 体重 kg
臨床診断名	手術歴、現病歴(症状)等		
検査目的			
撮影手技	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> (単純+)造影 <input type="checkbox"/> 一任 (事前に本依頼書のFAXをお願いします) <input type="checkbox"/> CTAngio *eGFRが45以下は単純検査となります。 *気管支喘息・甲状腺機能亢進症の既往・腎機能低下・造影剤アレルギー・現にじんま疹が出ている方は造影検査をお断りしております。		
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 顔面骨 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 歯科用インプラント(上顎・下顎・両顎) <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 関節 ( <input type="checkbox"/> みぎ・ <input type="checkbox"/> ひだり) <input type="checkbox"/> 中耳・内耳 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 椎体 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 肋骨		
撮影方法及び図示についてはこちらにご記入ください			
～ 以下の確認およびチェックもお願いします～			
<input type="checkbox"/> 今回のCT検査には医療被ばくが伴うことを説明した			
<input type="checkbox"/> 診療に当たって必要な検査であり、今後の診療において医療被ばくのリスクを上回るベネフィットがあることを説明した			
<input type="checkbox"/> 中之島クリニックでの検査は、診断に適した線量基準 (DRL) を満たしており、安全性が確保されていることを説明した			
検査結果	画像は、当日DVDでお渡し致します。(冠動脈を含む血管造影CTは、後日のお渡しとなります)		
	読影レポートについて	月 日 ( ) までに必要	次回診察日 月 日

## 【主治医の先生へのお願い】

過去に検査された画像フィルム、CD等は、患者様に持参をご指示いただきますようお願いいたします。  
安静を保つため麻酔・鎮静剤などが必要な方は、必ず主治医のご同伴をお願いいたします。

# 主治医の先生へのお願い

以下の項目に該当する方は検査が出来ない場合がありますので、事前の確認をお願いします。  
また、チェック内容を事前に確認するため、先生に電話連絡させていただくことがあります。

☆胸部撮影の場合：心臓ペースメーカー、埋込型除細動器を装着している。  はい  いいえ

\* 「はい」の場合、表紙（1枚目）記載の注意書きをご参照ください。

☆妊娠の可能性がある。  はい  いいえ

\* 現に妊娠している方および妊娠の可能性のある方の検査はお断りしております。

## ◎ CT造影検査をご依頼いただく場合

★冠動脈CTは、不整脈や高心拍の方は評価が困難な場合や、検査ができない場合がございます。事前にお問い合せください。

★造影検査前は4時間以上の絶食をご指示ください。絶食が出来ていない場合は単純検査のみとなります。

★①～⑤について「 はい」の場合は、原則として単純検査となります。

①～⑤に関して、該当なし  ⇒ ⑥⑦⑧についてご確認ください。

①造影剤に対してアレルギーがある。  はい  いいえ

②気管支喘息・甲状腺機能亢進症の既往がある。  はい  いいえ

③重度の肝臓疾患、重度の心疾患、マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫の既往がある。  はい  いいえ

④腎機能が低下している、もしくは透析中である。  はい  いいえ

⑤インスリンポンプ・持続グルコース測定器をつけている。  はい  いいえ

※検査前にはずしていただく必要があります。

⑥最近3ヶ月以内の血清クレアチニン値をご記入ください。 

年	月	日	mg/dl		

※eGFRが45以下の方は、造影ではなく、単純検査となります。

⑦感染症がある。  はい  いいえ

「はい」の場合  梅毒反応  HBs-Ag陽性  HCV-Ab陽性

⑧糖尿病の薬を飲んでいる。  はい  いいえ

「はい」の場合 薬品名： \_\_\_\_\_

※糖尿病の薬（ビグアナイド系糖尿病治療薬）を飲んでおられる場合

腎機能が低下している場合 ⇒ 造影剤使用前48時間、使用后48時間の休薬についての説明をした

腎機能が正常な場合 ⇒ 造影剤使用后48時間の休薬についての説明をした

ビグアナイド系糖尿病治療薬とヨード造影剤（CT用造影剤）は、併用すると重篤な副作用を起こす危険性があります。そのため、eGFRが45未満でビグアナイド系糖尿病治療薬を服用の場合、造影剤使用前48時間、使用后48時間の休薬が必要となります。腎機能が低下していない方（eGFR45以上）は検査後48時間の休薬をしていただきますようお願いいたします。休薬がなされていない、または休薬についての説明がなされていない場合は単純検査のみとなります。