

紹介患者様の予約通知書

紹介元医療機関 御中

医学研究所北野病院
地域医療サービスセンター
TEL 06-6131-2955
FAX 06-6312-8620

この度、先生からご紹介のありました

患者 _____ 様 の

検査日時が次の通りに決まりましたので、ご通知申し上げます。
なお、この「予約通知書」と「診療情報提供書(紹介状)」を患者様にお渡し頂き、
『紹介患者様窓口』にご提出下さるようご指示をお願いします。

検査項目

検査日時

- ・ 検査時間の 30 分前 に「紹介患者様窓口」へお越し下さい。
- ・ 予約時間順に受付をいたしますので、早くお越し頂いても受付することができかねます。
- ・ なお、受診時間 9 : 00 の患者様は、8 : 45 から受付いたします。

患者様へ

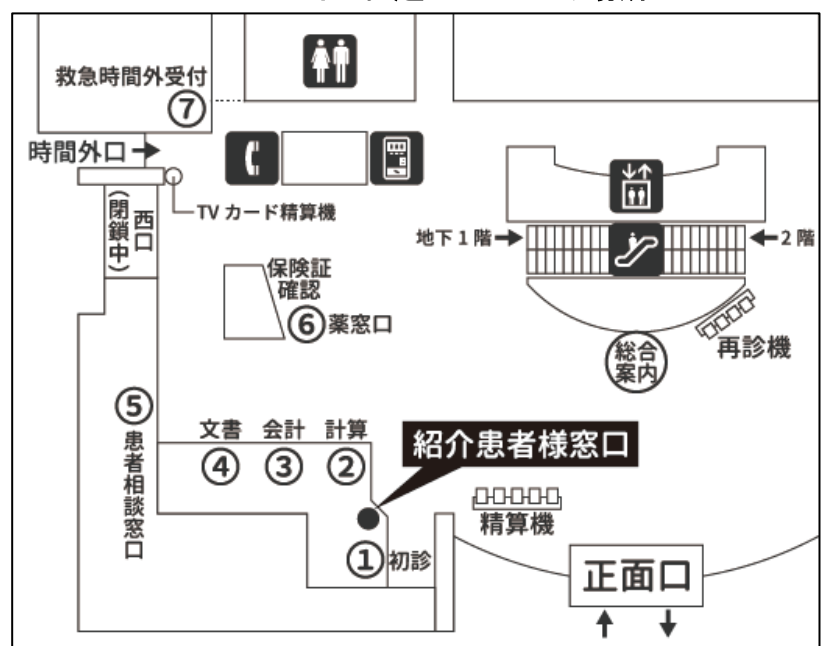
【当日ご持参いただくもの】

- ・ 診療情報提供書(紹介状)
- ・ 予約通知書(本状)
- ・ 健康保険証
- ・ その他、公費の医療証
- ・ 診察券(お持ちの方のみ)

【ご注意】

お薬をもらっている方は、
お薬手帳をご持参ください。

* 当日お越しいただく場所



CT 単純 検査についての説明と問診票

上記の検査は、現在のあなたの病気を診断、治療する上で妥当な選択肢であると判断しています。検査をお受けになるご本人の十分な検査内容に対する理解が必要です。そのため、予め担当医が以下の項目に沿って、説明をさせていただきます。その内容にご理解を頂き、納得されてから検査をお受けください。

1. 現在考えられる病名・症状・鑑別診断

CT(Computed Tomography)検査は、体内で生じている炎症、出血、臓器の異常などを疑う場合に行います。病気が見つかった場合、治療計画用や病状の経過観察のために検査を行います。
(考えられる病名: _____)

2. 最善と考え推奨する検査計画

担当医が病状に合わせて決定します。担当医にご確認ください。

3. CT検査の必要性

CT 検査は、観察したい部位に 360 度方向からエックス線をあて、体の輪切りの画像や立体画像を作成します。体の内部をコンピュータ上で再現できるため、外見ではわからない臓器の異常、血管の状態、病気の広がりを確認することができます。

4. その他の検査の利害損失

体内の状態を画像で確認する検査には、レントゲン、MRI、超音波、PET、内視鏡検査などがあります。疑われる病気の種類によって、CT 検査の代用となる検査は異なります。

5. 予測される放射線の影響

人体に対する放射線の影響は、少量の放射線ではその影響が確認できないほど小さいと考えられています。CT 検査では、医療被ばくガイドラインに基づき、必要最低限の放射線量で検査を行うため、人体への影響が心配される線量よりもはるかに少ない線量で検査を行なっています。また、医療における被ばくは、放射線障害が発生するリスクよりも検査を受けて病気を診断する利益が上回る場合にのみ許容されます。

今回の検査に関して、検査の必要性や利益について担当医から十分な説明を受け、ご理解、ご納得された上で検査を受けていただきますようお願いいたします。被ばくに関してご不安があれば、担当医・検査担当者にご相談ください。他の医療機関において同様の検査を受けた場合や受ける予定がある場合は、検査の重複を防ぐため事前に担当医にお申し出ください。なお、妊娠中・妊娠の可能性がある場合は、胎児への放射線被ばくを低減する目的で検査を中止や延期する場合があります。

6. 日常生活に及ぼす制限

日常生活に及ぼす制限は、特にありません。

7. 検査前後の注意事項

バリウムを使用する検査を CT 検査前 7 日以内にお受けになった方は、腹部・骨盤部CT検査を延期する場合があります。事前にご連絡をお願いします。7 日以上経過していてもバリウムの残存が確認されれば検査途中で中止になる場合があります。

お問い合わせ先

地域医療サービスセンター 06-6131-2955 (診療時間外)病院代表 06-6312-1221

診療時間 平日 : 午前 9 時~午後 4 時 53 分 土曜日: 午前 9 時~午後 2 時 45 分

休診日 : 第 2・第 4 土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12 月 29 日~1 月 3 日)

※2023 年 4 月から土曜日は休診日となります。



CT 単純 検査についての説明と問診票

患者様氏名： _____ 様

*この用紙は検査日に CT 室へご提出ください。

《問診》 問診の当てはまる方にチェックをつけて該当項目の記入をお願いします。

1. 体内機器・装着機器 無 有 機器： 除細動器（ICD・CRT-D） ペースメーカー
 脳深部(DBS)・脊髄刺激装置 心電用データレコーダ
 インスリンポンプ 持続グルコース測定器(CGM・FGM)
 24 時間血圧計 その他()

※機器の手帳をご持参下さい。 メーカー名： _____ 機種名： _____ 製造番号： _____

2. 妊娠 無 有 (妊娠可能性あり)

週数： _____ 週

《 注意事項 》

※体内植込み機器・体外機器への影響

体内植込み機器や体外装着機器は、CT検査前に設定変更や取り外しが必要な場合があります。検査を受ける前に担当医へお申し出ください。機器のメーカー名、機種名、製造番号を確認するため、機器の手帳をお持ちください。機種によってはCT検査を延期、中止する場合があります。

機器本体へのエックス線照射に制限がある体内植込み機器	取り外しが必要な機器
除細動器 専門医が設定変更などの対応を考慮し、急変に備えた上で撮影。 ・心臓ペースメーカー 通常の撮影（本体に5秒以内の照射）は設定変更なしで可能。 ・脳深部(脊髄)刺激装置 原則、本体やリードを含む部位の撮影は電源を OFF にする。 <u>コントローラをご持参ください。</u> ・植込み型心電用データレコーダ（ループレコーダ） 専門医が設定変更などの対応を考慮した上で撮影。	・長時間心電用データレコーダ（ホルター心電図） ・インスリンポンプ ・持続グルコース測定器（CGM・FGM） ・24 時間血圧計（ABPM）

《 検査の流れ 》

- 1) 撮影部位に含まれる金属類、カイロ等は検査前にお外してください。なるべく金属等が付いていない衣服のご着用をお願いします。撮影に影響するものが衣服に付いている場合、検査に影響しない位置までずらしていただくか、検査衣に着替えていただくことがあります。
 例)ヘアピン、ネックレス、ピアス、下着、眼鏡、入れ歯、コルセット、湿布、カイロなど。
- 2) 基本的に検査用のベッドに上向き(仰向け)に寝て、両腕を頭の上に挙げていただきます。上向きに寝ることが困難な方は、検査前にお知らせください。できる限り対応させていただきます。検査内容によっては、うつ伏せ、横向きに寝る場合や腕を下ろして検査を行う場合もあります。検査には 10~20 分程度時間がかかります。
- 3) 検査内容によっては、10 秒~15 秒程度の息止めが必要になり、数回撮影を行います。撮影時にベッドが移動します。検査中は身体を動かさないで下さい。

実施日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認者
サイン

検査名： _____



CT 単純 検査についての説明と問診票

患者様氏名: _____ 様

*この用紙は検査日に CT 室へご提出ください。

《問診》 問診の当てはまる方にチェックをつけて該当項目の記入をお願いします。

1. 体内機器・装着機器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機器: <input type="checkbox"/> 除細動器(ICD・CRT-D) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳深部(DBS)・脊髄刺激装置 <input type="checkbox"/> 心電用データレコーダ <input type="checkbox"/> インスリンポンプ <input type="checkbox"/> 持続グルコース測定器(CGM・FGM) <input type="checkbox"/> 24 時間血圧計 <input type="checkbox"/> その他(_____)
※機器の手帳をご持参下さい。 メーカー名: _____ 機種名: _____ 製造番号: _____		
2. 妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 妊娠可能性あり)	週数: _____ 週

《 注意事項 》

※体内植込み機器・体外機器への影響

体内植込み機器や体外装着機器は、CT検査前に設定変更や取り外しが必要な場合があります。検査を受ける前に担当医へお申し出ください。機器のメーカー名、機種名、製造番号を確認するため、機器の手帳をお持ちください。機種によってはCT検査を延期、中止する場合があります。

機器本体へのエックス線照射に制限がある体内植込み機器	取り外しが必要な機器
除細動器 専門医が設定変更などの対応を考慮し、急変に備えた上で撮影。 ・心臓ペースメーカー 通常の撮影(本体に5秒以内の照射)は設定変更なしで可能。 ・脳深部(脊髄)刺激装置 原則、本体やリードを含む部位の撮影は電源を OFF にする。 <u>コントローラをご持参ください。</u> ・植込み型心電用データレコーダ (ループレコーダ) 専門医が設定変更などの対応を考慮した上で撮影。	・長時間心電用データレコーダ (ホルター心電図) ・インスリンポンプ ・持続グルコース測定器 (CGM・FGM) ・24 時間血圧計 (ABPM)

《 検査の流れ 》

- 1) 撮影部位に含まれる金属類、カイロ等は検査前にお外してください。なるべく金属等が付いていない衣服のご着用をお願いします。撮影に影響するものが衣服に付いている場合、検査に影響しない位置までずらしていただくか、検査衣に着替えていただくことがあります。
 例)ヘアピン、ネックレス、ピアス、下着、眼鏡、入れ歯、コルセット、湿布、カイロなど。
- 2) 基本的に検査用のベッドに上向き(仰向け)に寝て、両腕を頭の上に挙げていただきます。上向きに寝ることが困難な方は、検査前にお知らせください。できる限り対応させていただきます。検査内容によっては、うつ伏せ、横向きに寝る場合や腕を下ろして検査を行う場合もあります。検査には 10~20 分程度時間がかかります。
- 3) 検査内容によっては、10 秒~15 秒程度の息止めが必要になり、数回撮影を行います。撮影時にベッドが移動します。検査中は身体を動かさないで下さい。

実施日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認者
サイン

検査名: _____