

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

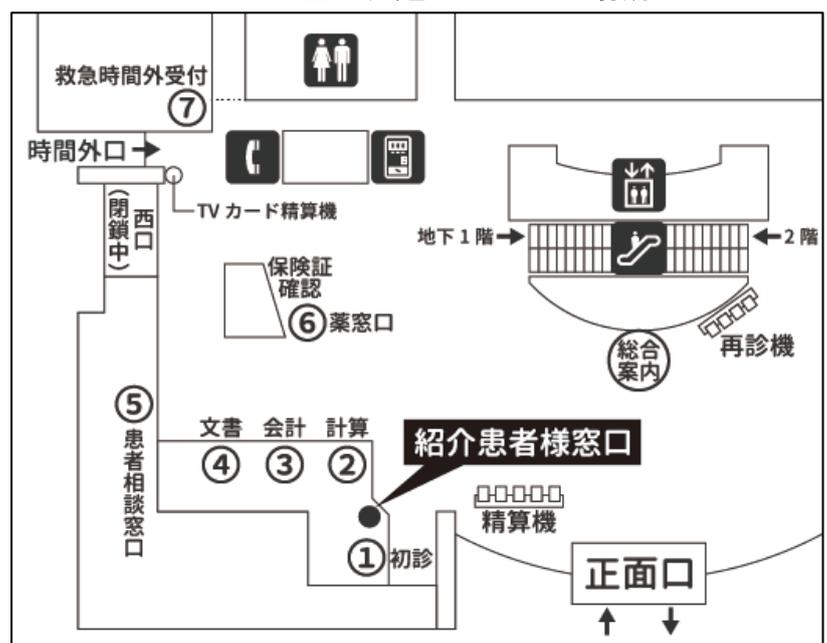
【当日ご持参いただくもの】

- ・ 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 造影 検査についての説明と同意書

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。しかし検査にはそれに伴う危険や後遺症もあるため、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、納得されましたら、(同席者の方と共に)ご署名をお願い致します。

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. 検査の必要性

(1) 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。

(2) ヨード造影剤を使用する必要性

ヨード造影剤とは CT 検査、尿路造影、血管造影検査などで使用する薬剤です。正常な組織と病変を区別したり、血管を詳しく調べることができるため、造影剤を使用しない単純 CT 検査と比べて診断上重要な情報が得られます。バリウムや MRI で使用するガドリニウム造影剤とは成分が異なります。

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. 予測される併発症・注意事項とその対応

(1) ヨード造影剤に関するもの

1) 造影剤腎症

ヨード造影剤が原因となって急性腎障害を起こすことがあります。腎機能が正常な方で起こる頻度は低く、腎機能が低下しているほど頻度が高くなります。重い腎障害が起こると、一時的あるいは永久的に人工透析が必要になる可能性があります。腎機能が高度に低下している方は、ヨード造影剤によってさらに腎機能が低下することを防ぐため、検査前後に点滴をするなどの腎機能低下予防処置を行う場合があります。CT 検査に加えて、点滴を行う時間がかかります。

2) ヨード造影剤の副作用

ヨード造影剤は、一般的な薬剤と同様にわずかながらアレルギー反応による副作用が起こる可能性があります。ヨード造影剤を投与した直後から起こる症状と検査後しばらく時間が経ってから起こる症状があります。一般的にヨード造影剤が体に入っていくと全身が熱く感じますが、正常な反応で数分経つとおさまります。

◆**軽度な副作用**: 熱感、頭痛、吐き気、嘔吐、くしゃみ、蕁麻疹、発疹、痒みなど。(5%以下)

基本的に治療の必要はなく、症状によっては 1~2 回の服薬や注射が必要になります。

◆**重度な副作用**: 呼吸困難・意識障害・血圧低下など。(0.1%程度)

副作用に対する治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。(2.5 万人に1人の割合)

※ショック症状による死亡例も報告されています。(約 40 万人に1人の割合)

◆**遅発性副作用**: 検査後数時間から数日後に頭痛、倦怠感、蕁麻疹など。

1 週間以上経ってから甲状腺中毒症の症状が出る場合があります。



3) ヨード造影剤を使用できない可能性がある方

ヨード造影剤の併発症、副作用の危険性が高いと考えられる場合は原則ヨード造影剤を使用しません。必ず担当医にお申し出ください。

◆**禁忌**：過去にヨード造影剤を使用してアレルギー反応がある方や重度の甲状腺疾患がある方。

◆**原則禁忌**：気管支喘息の方。（通常より副作用が約10倍出やすくなると考えられています。）

症状がない場合や治療している場合を除き、原則造影CT検査を行いません。

また、アレルギー体質の方やご家族様にアレルギー体質の方がいらっしゃる場合は、通常より副作用が起こりやすいと考えられています。

◆**原則禁忌および病状によってはヨード造影剤の影響が考えられる疾患**

- ・ 甲状腺機能亢進症
- ・ 褐色細胞腫
- ・ 重症筋無力症
- ・ 多発性骨髄腫
- ・ テタニー
- ・ マクログロブリン血症
- ・ 重篤な心疾患
- ・ 重篤な肝疾患

4) 副作用に対する対応

副作用と考えられる症状が現れた場合、検査担当医師や専門の医師が適切な処置を行います。ご帰宅後に副作用の症状が疑われる場合は、北野病院までご連絡をお願いします。症状によっては処置・入院が必要になります。診療費用は患者様のご負担になります。入院中の患者様は担当医、担当看護師にお申し出ください。
※心臓病、高血圧でベータ遮断薬といわれる降圧剤を服用されている方は、副作用に対する治療薬を変更する場合がありますためお申し出ください。

5) ヨード造影剤注入時の血管外漏出

ヨード造影剤は、自動注入器を使用して腕の静脈から注射で注入します。勢いよく血管に入れるため、血管外に漏れる場合があります。腫れや痛みを伴うことがあります。通常、処置は必要なく、数日で改善しますが、まれに皮膚の潰瘍やしびれなどの機能障害が残り、専門科で追加の処置が必要となる場合があります。診療費用は患者様のご負担になります。

6) ビグアナイド系糖尿病薬の休薬

ヨード造影剤によって一時的に腎機能が低下した場合、ビグアナイド系糖尿病薬の排泄に影響を与える可能性があります。ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、造影CT検査前2日間、検査当日、検査後2日間の計5日間お薬の服用を中止して頂く必要があります。休薬方法がわからない場合はおかけの診療科までご確認ください。入院中の患者様は担当医、担当看護師にご確認ください。

<ビグアナイド系糖尿病薬>

・メタクト　・メグルコ　・グリコラン　・メホルミン　・ジベトス　・ジベトン　・エクメット　・イニシク　・メアナ

(2) 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
<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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></p> <p>・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。</p>	<p>・長時間心電用データレコーダ(ホルター心電図)</p> <p>・インスリンポンプ</p> <p>・持続グルコース測定器(CGM・FGM)</p> <p>・24時間血圧計(ABPM)</p>



(3) 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

(1) 飲食・内服薬の制限(担当医から特別な指示がある場合は、その指示通りにしてください。)

- ・食 事 :長時間の絶食を避け、**検査の2時間前まで**に、軽めの食事をお摂りください。
 - ・飲み物:お茶やお水を検査直前まで少し多めにお摂り下さい。ヨード造影剤は注射後、尿として排泄されます。検査終了後、少し多めに水分をお摂りください。ただし、透析や他の検査で水分制限がある場合は、担当医にご相談ください。牛乳などの乳製品は検査当日、検査終了までお摂りにならないでください。
 - ・内服薬:ビグアナイド系糖尿病薬を除いて、通常通り内服してください。
- なお、CT 検査終了後は食事、入浴、運動などの日常生活に制限はありません。

(2) 授乳の制限

母乳へ排泄される造影剤量および授乳によってお子様が吸収する造影剤量は非常に少ないため、造影剤使用後の授乳制限は必要ないとされています。当院では安全を考慮して投与後 48 時間は授乳を中止するように説明させていただく場合があります。

7. その他

(1) 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、検査前にお申し出ください。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)呼吸による体動が影響する部位の撮影では、10~15 秒程度の息止めが必要になります。検査中はベッドが移動し、数回撮影を行います。身体を動かさないで下さい。
- 4)ヨード造影剤は肘・腕・手首などの静脈に注射しながら撮影を行います。ヨード造影剤が血管の中に入ると造影剤の影響で一時的に熱く感じますが、徐々におさまります。

(2) 検査前後の注意事項

- 1)止血用ばんそう膏は 5 分程度しっかり押さえてください。長時間貼ったままにしていると皮膚かぶれの原因になるため、血が止まれば外してください。(約 20 分後)
- 2)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。
- 3)放射線ヨードを使用する甲状腺機能検査を行う予定がある方は、担当医にお申し出ください。

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 造影 検査についての説明と同意書

患者様氏名: _____ 様

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

1. ヨード造影剤使用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	検査歴: <input type="checkbox"/> 造影 CT <input type="checkbox"/> 尿路造影 <input type="checkbox"/> 血管造影
2. 副作用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	症状: <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> かゆみ・発疹 <input type="checkbox"/> くしゃみ・咳 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 血圧低下 その他:()
3. 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	症状がない場合や治癒している場合を除き、原則造影CT検査を行いません。
4. アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(薬剤名:) (食物:) (その他:)
5. ベータ遮断薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤名: <input type="checkbox"/> アーチスト錠 <input type="checkbox"/> メインテート錠 <input type="checkbox"/> セロケン錠 (その他:)
6. 造影剤併用注意疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	疾患: <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 重症筋無力症 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/> 重篤な心疾患 <input type="checkbox"/> 重篤な肝疾患
7. 糖尿病治療薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(薬剤名:)
8. ビグアナイド系糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤名: <input type="checkbox"/> メタクト <input type="checkbox"/> メグルコ <input type="checkbox"/> グリコラン <input type="checkbox"/> メホルミン <input type="checkbox"/> ジベトス <input type="checkbox"/> ジベトン <input type="checkbox"/> エクメット <input type="checkbox"/> イニシンク <input type="checkbox"/> メアナ ※ビグアナイド系糖尿病薬は、造影 CT 検査前 2 日間、検査当日、検査後 2 日間の計 5 日間内服を中止する。 休薬期間:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(朝・昼・夕)～西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(朝・昼・夕)
9. 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 <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: _____
10. 妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 妊娠可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中) 週数: _____ 週
11. アルコール・テープかぶれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> テープ)
12. 体重		(_____ kg)
13. 腎機能低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	eGFR: _____ mL/min/1.73m ² (検査日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

患者様に検査の説明を行い、問診内容を確認しました。

造影剤使用の院内指針に基づき、腎機能を考慮した上で造影検査を行います。

説明日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【医学研究所北野病院医師】

説明医師署名: _____ ① 確認医師署名: _____ ② (印字・ゴム印なら印鑑を押印)

説明同席者: ① _____ ② _____ ③ _____

私の検査に関して、以上の事柄いずれについても十分な説明と問診を受け、納得したうえで検査に同意いたしました。

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 病院長 殿

同意日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人: _____ 未成年なら保護者: _____

同席者: ① _____ (続柄) _____ ② _____ (続柄) _____

※ご署名後に検査を取り止めることは可能です。この用紙は検査日に CT 室へご提出ください。

実施日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査名: _____

造影医 サイン	技師 サイン
------------	-----------



CT 造影 検査についての説明と同意書

患者様氏名: _____ 様

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

1. ヨード造影剤使用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	検査歴: <input type="checkbox"/> 造影 CT <input type="checkbox"/> 尿路造影 <input type="checkbox"/> 血管造影
2. 副作用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	症状: <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> かゆみ・発疹 <input type="checkbox"/> くしゃみ・咳 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 血圧低下 その他:()
3. 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	症状がない場合や治癒している場合を除き、原則造影CT検査を行いません。
4. アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(薬剤名:) (食物:) (その他:)
5. ベータ遮断薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤名: <input type="checkbox"/> アーチスト錠 <input type="checkbox"/> メインテート錠 <input type="checkbox"/> セロケン錠 (その他:)
6. 造影剤併用注意疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	疾患: <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 重症筋無力症 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/> 重篤な心疾患 <input type="checkbox"/> 重篤な肝疾患
7. 糖尿病治療薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(薬剤名:)
8. ビグアナイド系糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤名: <input type="checkbox"/> メタクト <input type="checkbox"/> メグルコ <input type="checkbox"/> グリコラン <input type="checkbox"/> メホルミン <input type="checkbox"/> ジベトス <input type="checkbox"/> ジベトン <input type="checkbox"/> エクメット <input type="checkbox"/> イニシンク <input type="checkbox"/> メアナ ※ビグアナイド系糖尿病薬は、造影 CT 検査前 2 日間、検査当日、検査後 2 日間の計 5 日間内服を中止する。 休薬期間:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(朝・昼・夕)～西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(朝・昼・夕)
9. 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 <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: _____
10. 妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 妊娠可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中) 週数: _____ 週
11. アルコール・テープかぶれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> テープ)
12. 体重		(_____ kg)
13. 腎機能低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	eGFR: _____ mL/min/1.73m ² (検査日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

患者様に検査の説明を行い、問診内容を確認しました。

造影剤使用の院内指針に基づき、腎機能を考慮した上で造影検査を行います。

説明日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【医学研究所北野病院医師】

説明医師署名: _____ ④ 確認医師署名: _____ ④(印字・ゴム印なら印鑑を押印)

説明同席者: ① _____ ② _____ ③ _____

私の検査に関して、以上の事柄いずれについても十分な説明と問診を受け、納得したうえで検査に同意いたしました。

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 病院長 殿

同意日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人: _____ 未成年なら保護者: _____

同席者: ① _____ (続柄) _____ ② _____ (続柄) _____

※ご署名後に検査を取り止めることは可能です。この用紙は検査日に CT 室へご提出ください。

実施日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査名: _____

造影医 サイン	技師 サイン
------------	-----------