

武蔵野陽和会病院 CT検査予約票

ご紹介医療機関名 _____

ご担当医師名 _____

氏名 _____ 様 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

連絡先： _____

予約時間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (午前・午後) _____ 時 _____ 分

(希望検査部位： _____ 単純・造影) CT検査

検査前に、次のことにご注意ください。

- ① 受診当日に、お持ちいただくもの。
 1. このCT検査予約票（造影の場合、造影CTチェックリストも必要です）
 2. 保険証、老人医療証等各種医療証等
 3. 診療情報提供書（紹介状）
 4. 診察券（当院に受診歴のある方）
- ② 放射線科医の問診がございますので、予約時刻の30分前までにご来院ください。
- ③ CT検査はおよそ10～20分程度で終了します。検査開始時間は多少前後する事がありますので、予めご了承ください。
- ④ 検査終了後 画像データと報告書を作成いたします。出来上がるまでしばらくお待ちください。
- ⑤ 造影剤使用予定の患者様は、当院 放射線科医の問診時に造影承諾書をいただきます。（造影禁忌該当者、妊婦、造影不承諾の方などの場合は、単純CTに切り替わることがありますのでご了承ください。）
- ⑥ 造影剤使用予定の患者様へ（検査当日の食事について）
 1. 午前の検査予定の場合は、朝食を食べないでください。
 2. 午後の検査予定の場合は、昼食を食べないでください。
 3. お水、お茶は飲んでも大丈夫です。
- ⑦ 予約日に検査が受けられなくなった時は、早めに放射線科へご連絡ください。

武蔵野陽和会病院

〒180-0012 東京都武蔵野市緑町2-1-33

TEL 0422-52-3212 (代表)

武蔵野陽和会病院 造影CTチェックリスト

造影検査のある場合のみ記入して下さい。

ご紹介医療機関名

ご担当医師名

氏名 _____ 様

医療事故防止の為、下記項目の確認をお願いします。

造影禁忌 ヨード系造影剤副作用歴

気管支喘息

重篤な甲状腺疾患

重篤な肝障害

重篤な腎疾患: eGFR30(ml/分/1.73 m²) 未満は禁忌

以上の項目に相当しない患者である。 A (相当しない・相当する)

造影チェック項目 妊娠・授乳中に該当しない患者である。もしくは、該当していてもCT造影が必要であり主治医はリスクを説明し了承を得ている。

A (はい・いいえ)

腎機能の注意 : eGFR30~60 ml/分/1.73 m² (軽度腎機能障害) は、リスクとベネフィットを勘案して造影の可否をご検討ください。

ビグアナイド系の薬剤 (メトグルコ・メルビン・グリコラン・ネルビスト・メトリオン・その他) は、前後 2 日間の休薬が推奨されています。造影検査より 48 時間後に eGFR を再評価してから投薬を再開するようお願いします。

検査前に当院放射線科医師が問診し、承諾書をいただきます。上記に該当する場合は、単純CTに切り替わる事がありますのでご了承ください。

武蔵野陽和会病院

〒180-0012 東京都武蔵野市緑町 2-1-33

TEL 0422-52-3212 (代表)