

# C T 検査依頼書・診療情報提供書

紹介先医療機関

社会医療法人 緑風会 緑風会病院 放射線科

大阪府大阪市平野区背戸口1-18-13 電話 06 (6705) 1021

紹介元医療機関名

診療科

医師名

電話番号

(       )

検査日時 (予約日時)

年    月    日 (    )                      時    分

氏名

生年月日

性別

身長

体重

明 大 昭 平                      年    月    日

男 ・ 女

cm

kg

検査部位

- |                              |                              |                             |                                |         |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 頭部  | <input type="checkbox"/> 胸部  | <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 肩     | ( 右・左 ) |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 肋骨  | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 肘     | ( 右・左 ) |
| <input type="checkbox"/> 顔面骨 | <input type="checkbox"/> 胸骨  | <input type="checkbox"/> 腰椎 | <input type="checkbox"/> 手・手関節 | ( 右・左 ) |
| <input type="checkbox"/> 頸部  | <input type="checkbox"/> 腹部  | <input type="checkbox"/> 骨盤 | <input type="checkbox"/> 股関節   | ( 右・左 ) |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 胸腹部 |                             | <input type="checkbox"/> 膝     | ( 右・左 ) |
|                              |                              |                             | <input type="checkbox"/> 足・足関節 | ( 右・左 ) |

造影の要否

- 造影なし                       造影あり ※造影剤に関する問診をお願いします

病名・症状・検査目的 等

備考

# 造影検査問診表・CT検査同意書

## (1) 造影剤に関する問診 ( ※ 造影検査の場合のみ )

X線検査用造影剤の使用歴  無  有・副作用なし  有・副作用あり  
 喘息の治療中  いいえ  はい 透析中  いいえ  はい  
 ビグアナイド系糖尿病薬服用中  いいえ  はい β遮断薬服用中  いいえ  はい  
 クレアチニン ( ) mg/dl eGFR ( ) ml/min/1.73m<sup>2</sup>

※ 「副作用歴あり」または、喘息の治療中、透析中の場合は造影剤は使用しません

※ eGFRが30以下の場合には造影剤は使用しません

## (2) CT検査同意書

CT検査について診療上の必要性やリスクについて十分に説明を受け、理解した上で検査を受けることに同意します

( 署名欄 ) 日付 年 月 日 氏名

## 検査日時・注意事項

年 月 日 時 分から検査を予定しております。30分前までに受付をお済ませください。

※ 当日は保険証、医療証、紹介状とともに同意書の署名欄に署名の上この用紙を必ずお持ちください。

- ◎ 食事について ( ) 制限はありません ( ) 検査の3時間前から食事は摂らないでください
- ◎ 排尿について ( ) 制限はありません ( ) 検査の30～60分前から尿を溜めるようにしてください
- ◎ 前投薬について ( ) 前投薬はありません ( ) 検査の前に消化管の動きを抑制する筋肉注射をします
- ◎ 造影検査を受けた当日は造影剤を速やかに排泄させるため、十分な水分摂取と排尿を行ってください。
- 金属類（アクセサリーなど）は検査中外していただく場合があります。できるだけ軽装でおこしください。
- 検査の取り消しや日時の変更、その他ご質問は下記までお願いします。

### 社会医療法人 緑風会 緑風会病院

電話 06 ( 6705 ) 1021  
 大阪市平野区背戸口1-18-13

- 電車 地下鉄谷町線 平野駅下車  
 ⑦番出口を出て、西へ3つ目の信号を右へ
- バス 平野区役所前下車、西へ2つ目の信号を右へ
- お車 南港通り 平野区役所前交差点から西へ  
 2つ目の信号を右折  
 病院北側に有料駐車場（14台）あり

