

CT検査依頼・診療情報提供書

綾瀬循環器病院 宛
FAX: 03-3605-2118

〒120-0006 足立区谷中2-16-7
TEL: 03-3605-2811

御紹介医療機関名	
電話番号	
御紹介医	先生

検査依頼日 年 月 日

フリガナ		性別	男性 ・ 女性	
氏名		生年月日	M・T S・H	年 月 日
住所				
連絡先	TEL:		携帯:	

希望日時	第1希望	年	月	日 ()	備考
	第2希望	年	月	日 ()	備考

血管造影 ※読影が必要な場合は右項目をチェックしてください 要読影

脳血管 冠状動脈 胸部大血管 腹部大血管 肺血管 下肢動脈 下肢静脈

検査部位 ※下記項目の検査は結果のみ返却となり読影は致しません。

- 頭部 頸部 【 咽頭・喉頭 甲状腺 その他() 】
- 胸部 【 肺野 縦隔 その他() 】
- 腹部 【 肝臓 胆嚢・胆道 膵臓 腎臓 その他() 】
- 骨盤部 【 膀胱 卵巣 子宮 前立腺 その他() 】

検査目的(具体的指示などがあれば記入してください)

造影の必要性 有り 無し **食事制限** 3時間前から(造影または腹部検査の場合)

CT検査事前チェック(わかる範囲で記載をお願いします) にチェックして下さい

<input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー 無 ・ 有 症状() <input type="checkbox"/> その他のアレルギー 無 ・ 有 症状() <input type="checkbox"/> 喘息 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 手術の既往 無 ・ 有 (手術名:) <input type="checkbox"/> 不整脈 無 ・ 有 () <input type="checkbox"/> 体内式ペースメーカー 無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 体内埋め込み金属 無 ・ 有 () <input type="checkbox"/> 人工弁 無 ・ 有 () <input type="checkbox"/> 妊娠 無 ・ 有 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 糖尿病 無 ・ 有
--	---

検査時に腎機能データが必要となりますので直近の採血データ(検査予約日から1ヶ月以内のもの)をFAXで頂けると幸いです。1ヶ月以内に採血をしていない場合は、Cre、BUN、カリウムの採血をお願いします。

検査結果は読影後、CD-ROMにて郵送させていただきます

検査に関する注意事項も必ずお読みください

造影検査の必要性と危険性について

【造影剤の使用目的】

造影剤を使用することにより、新たな病気を発見したり、病変の性質、進行状況をより詳しく検査することができます。

【造影剤の使用方法】

腕の静脈に留置針(血管内に細い管を残すことができる針)を刺し、造影剤を自動注入機にて体内に入れます。
造影剤が体に入ると熱く感じるがありますが、異常ではないので心配ございません。

【検査を受けるにあたっての注意事項】

- 1) 喘息や造影剤アレルギーがある方は必ず医師、看護師又は放射線技師に申し出て下さい。
- 2) 検査の3時間前から食事は摂らないで下さい。
- 3) 造影剤副作用軽減のため、検査2時間前にコップ2杯(300ml)程度の水分補給をして下さい。(お水のみ。牛乳などの乳飲料は避けてください)

【副作用】

最近では副作用の発生頻度が著しく低下してきていますが、わずかに以下のような症状が現れる場合があります。症状のほとんどは造影剤使用直後に出現しますが、検査が終了した1～7日後に出現する場合があります。

- 1) 過敏症
 - ・皮膚症状: かゆみ 潮紅 発赤 発疹 じん麻疹
 - ・消化器症状: 嘔吐 腹痛 胸やけ 下痢
 - ・循環器症状: 血圧低下 不整脈(徐脈、頻脈など) 血管痛
- 2) 神経系
 - ・頭痛 めまい 指先のしびれ
- 3) その他
 - ・発汗 全身倦怠感 呼吸困難 腎不全 ショック症状など

【副作用に対する対応】

副作用が軽度である場合は経過観察のみで改善します。
場合により症状に応じた抗アレルギー剤やステロイドなどの薬物を投与します。

【検査終了後】

造影剤は尿として体外に排出されますので、検査終了後は水分を多めに取ってください。
なお、腎機能障害などで水分制限を受けられてる方はご相談ください。

【帰宅後】

発疹 かゆみ むくみ 吐き気 めまい 咳 喉のいがいが感などの症状がでましたら、病院までご連絡ください。

《交通案内》

医療法人社団 栄悠会 綾瀬循環器病院

〒120-0006 東京都足立区谷中2-16-7
TEL03-3605-2811(代)/FAX03-3605-2118

東京メトロ千代田線北綾瀬駅より徒歩5分



MDCT検査 お申込み手順

①「検査依頼・診療情報提供書」に必要事項(患者情報・紹介医療機関情報・検査項目・事前チェック)をご記入の上、FAXにてご送信願います。

(綾瀬循環器病院 FAX:03-3605-2118)

(日曜、祝日を除く午前8時30分～午後4時30分まで対応致します)

1.採血データ、心電図、処方内容もFAX頂けましたら幸いです。

1.造影CTの場合は腎機能検査:Cre、BUN、Kの1ヶ月以内の検査データが必要となります。当日当院でも検査可能ですが待ち時間が長くなってしまいますので、貴院で検査したものをFAX頂けますと幸いです。

2.心電図は所見記載時に参考とさせていただきます。

3.処方内容は中止薬剤のチェックを当院でもさせて頂くために送信頂けましたら幸いです。

(お手数ですがFAX送信後 TEL:03-3605-2811 地域医療連携室までご連絡ください)

検査に伴う問診と検査を受けるときの注意事項についてご説明をして頂き患者さんにお渡し下さい。

③患者さんには、検査予約票と健康保険証をご持参頂き、検査予約時間の30分前にご来院頂くようにご説明下さい。

④貴院からFAXを受け取り次第、検査予約状況を確認致します。

その後、電話で直接検査日をお伝えしますので、検査日時に

ご記入お願い致します。(FAX到着後 15分程度で検査日をお伝えできます)

⑤検査予約の変更の場合は地域医療連携室まで御連絡ください。

〒120-0006 東京都足立区谷中2-16-7

綾瀬循環器病院

03-3605-2811