

CT・DIP検査予約票

オノクリニック用

ふりがな	男 ・ 女	西暦・大正・昭和・平成		
氏名		年	月	日生 (才)
検査部位	頭部・頸部・脊椎(頸/胸/腰)・胸部・腹部・骨盤部 その他()			単 純 造 影
検査予約日	年	月	日	時 分

● 検査当日は以下のものを持参してください。

(1) 保険証 (2) 検査予約票(この用紙です) (3) 主治医から預かった書類等

● 検査前に受付・問診を行いますので予約時間の15分前にお越しください。

● 検査をキャンセルされる場合は、お早めに当院までご連絡ください。

医療法人大塚山会 オノクリニック TEL:072(330)2600

<検査の注意点>

○ 腹部の検査を受けられる方

9時～12時の予約の方は、朝食を摂らずにお越しください。

13時以降の予約の方は、朝食を早めに軽く摂り昼食は摂らずにお越しください。

常用薬は2時間前まで、水分(水とお茶のみ)は1時間前まで摂っていただけます。それ以降は出来るだけ控えてください。

○ 骨盤部の検査を受けられる方

検査前に排尿しないで溜めておいてください。

○ 造影CT検査・DIP検査を受けられる方

9時～12時の予約の方は、朝食を摂らずにお越しください。

13時以降の予約の方は、朝食を早めに軽く摂り昼食は摂らずにお越しください。

詳細は別紙<造影検査>の説明をご覧ください。

○ その他

現在、妊娠中または妊娠の可能性がある方は、主治医および検査担当医に必ず申し出てください。

原則として妊娠中の検査は行いません。

心臓ペースメーカーを留置されている方は、主治医および検査担当医に必ず申し出てください。

ご不明な点がございましたら、主治医および検査担当医にお尋ねください。

<同意書>

私は、上記の検査内容について説明を受け納得いたしましたのでCT検査(単純・造影)・DIP検査を受けることに同意します。

年 月 日

本人または代理人 署名 _____ 印 続柄 _____

医療法人大塚山会 オノクリニック院長 殿

医療法人大塚山会 オノクリニック

〒580-0004 大阪府松原市西野々2丁目2番10号 メディコビル TEL: 072(330)2600

造影CT検査・DIP検査を受けられる方へ

● 食事の制限について

- ・ 9時から12時の予約の方は、朝食を摂らずにお越しください。
- ・ 13時以降の予約の方は、朝食を早めに摂り昼食は摂らずにお越しください。

● 造影CT・DIP検査について

造影CTやDIP検査は、造影剤を注射して撮影することにより、病変の存在や性質など、より多くの情報を得ることを目的とした検査です。

今回使用する造影剤は安全性の高い薬ですが、体質や体の状態などにより造影剤を使用できない場合や、稀に副作用が現れる場合があります。この造影剤には下記のような禁忌・原則禁忌・慎重投与・副作用がありますので、十分にご確認いただき、該当する方は必ず主治医および検査担当医に申し出てください。また妊娠中の検査についても胎児に対する安全性を考慮し、どうしても必要な場合を除き原則として行いませんので主治医および検査担当医に申し出てください。

● 造影剤使用の禁忌（造影剤を使用してはならない場合）

- ・ ヨードまたはヨード造影剤に過敏症の方、またはその既往歴のある方
- ・ 重篤な（重い）甲状腺疾患のある方

● 造影剤使用の原則禁忌（原則として造影剤を使用しないが、特に必要とする場合のみ慎重に行う）

- ・ 喘息（ぜんそく）のある方
- ・ マクログロブリン血症の方
- ・ 重篤な心疾患のある方
- ・ 多発性骨髄腫のある方
- ・ 重篤な肝疾患のある方
- ・ テタニーのある方
- ・ 腎障害のある方
- ・ 褐色細胞腫およびその疑いのある方
- ・ 急性膵炎の方
- ・ 全身状態の重篤な方

● 造影剤の慎重投与（慎重に造影剤を投与する必要があるもの）

- ・ 本人または両親、兄弟が発疹、じんましんなどのアレルギーを起こしやすい体質の方
- ・ 薬剤過敏症、脱水症状、高血圧症、動脈硬化、糖尿病、甲状腺疾患、肝機能、腎機能障害のある方
- ・ 高齢者および小児

● 副作用

- ・ 軽度の副作用（基本的には治療は必要ありません）
吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹など
- ・ 重症の副作用（治療が必要で後遺症が残る場合があります、入院や手術が必要な場合もあります）
呼吸困難、意識障害、血圧低下など
- ・ 死亡
10～20万人につき1人の割合で死亡する場合があります。
- ・ すべての副作用の具体例を列記してはおりませんので、上記以外でも体調に異変を感じられた場合は、すぐに申し出てください。
- ・ 稀に、造影検査後1時間～1週間後に副作用が発現する場合がありますので、体調の異変を感じられた場合は当院又は主治医（紹介医院）に連絡するか、救急指定病院を受診してください。
- ・ その他ご不明な点がございましたら主治医および検査担当医にお尋ねください。

上記の検査内容について説明いたしました。

年 月 日

説明者名

印

医療法人大塚山会 オノクリニック

〒580-0004 大阪府松原市西野々2丁目2番10号 メディコビル TEL: 072(330)2600