

CT検査依頼票・照射録

検査日 年 月 日 AM PM 時 分

内	外	整	耳	眼	泌	至急	医師名
ドック	3F	4F	依頼病院名				

住所：診療録に同じ

◎撮影部位

- | | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | |
| <input type="checkbox"/> 胸部
(肺野・縦隔) | <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 甲状腺 |
| <input type="checkbox"/> 上腹部
(肝・胆・膵) | <input type="checkbox"/> 腎・副腎 | <input type="checkbox"/> 骨盤 |
| <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 腰椎 |
| <input type="checkbox"/> 肩関節 | <input type="checkbox"/> 肘関節 | <input type="checkbox"/> 手関節 |
| <input type="checkbox"/> 股関節 | <input type="checkbox"/> 膝関節 | <input type="checkbox"/> 足関節 |

造影の有無

読影

有・無

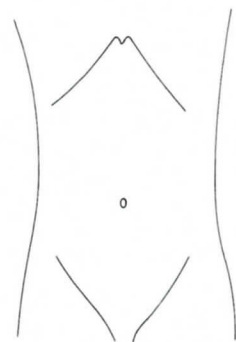
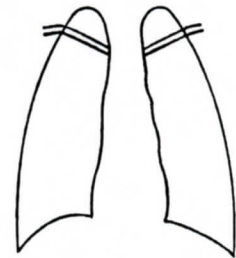
要・不要

使用造影剤

- | | | |
|------------------------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> オムニパーク300 | 100ml | 本 |
| <input type="checkbox"/> | | 本 |
| <input type="checkbox"/> | | |

依頼理由・臨床経過等

上記部位以外や詳細な指示があればお書きください。
(絵を入れていただくと助かります)



撮影条件

Kv	mA	sec
----	----	-----

使用フィルム

検査技師名

半切	
枚	

特定医療法人 社団育成社 佐々木病院

ヨード造影剤使用の説明と同意書

特定医療法人社団育成社 佐々木病院 佐々木 啓吾

1 ヨード造影剤について

ヨード造影剤は、X線を用いた各種検査(造影CT検査、血管造影、尿路造影)に広く使用されています。血管内に注射することにより、病変の存在や性状などの診断や治療に有用な情報を得ることができます。

2 ヨード造影剤の副作用の種類や発生頻度

軽微な副作用を含めると約3～5%の方で何らかの副作用が発現します。残念ながら、こうした副作用の発生を事前には知ることができません。また、以前の検査で副作用が出なくても、今回の検査で副作用が出ることもあります。

① 即時性副作用：検査中または検査直後に起きる副作用。

〈軽症〉吐き気、嘔吐、蕁麻疹、発疹など。

〈重症〉0.01%の割合で、血圧低下やショック等の重篤な副作用が現れることがあり、稀に死に至るケース(0.001%の割合)があります。

② 遅発性副作用：検査終了後数時間より数日後に吐き気、発疹などの副作用。

(最も遅い報告で検査終了後7日後)

なお、勢いよく造影剤を注入する場合には、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射部位がはれて、痛みが伴うこともあります。基本的には時間がたてば吸収されますので心配いりません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要になることもあります。非常にもれです。

3 検査の必要性

造影剤にはこのような副作用がありますが、造影剤を使用しないと病変を検出できない場合があります。あなたの病気を診断し治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要です。

4 検査について

注射に同意されれば、下の同意書に署名のうえ検査当日にお持ちください。患者さんが未成年や意識障害のある場合は家族や代理の方の署名でも結構です。もし造影剤の注射に気が進まなければ、得られる情報は減りますが造影剤を使用せずに検査を行いますので、医師におっしゃって下さい。

5 同意書の有効期限

お手数ですが、毎回ご署名をお願いします。まとめて予約した検査は1枚で結構です。

ヨード造影剤使用の同意書

私は、今回検査における造影剤の必要性と副作用の可能性について説明を受け、理解しました。私は、造影剤の投与を受けることに同意します。万一、副作用が現れた際には必要な処置を受けることを承諾します。

平成 年 月 日

本人のご署名.....

親族(代諾者又はこれに準ずる者).....(続柄.....)

紹介元医療機関名.....

紹介元医師名.....

【紹介医療機関用】