

検査依頼書

記載日 年 月 日

紹介される先生方へ
◎検査依頼書・問診票の記入をお願いします。
◎患者様に1枚目を渡して下さい。
◎3枚目が紹介医用です。
◎2枚目と4枚目の問診表は高田千年クリニック用です。

検査予定 年 月 日 時 分
患者氏名 様 M・F
生年月日 M T S H 年 月 日 歳
住 所
電話番号

紹介先
医療機関

高田千年クリニック TEL 351-3005

担当医

高田千年

紹介先
医療機関

TEL

依頼科

依頼医 Dr.

CT検査・MRI検査を受けられる患者様へ

1. 検査はすべて予約制です。検査日時のお間違えのないように御注意ください。
2. 検査予定20分前には来院し、受付をお済ませ下さい。検査に遅れますと、検査の順番が変わることがございます。都合で検査に遅れたり来院出来ない場合は、必ず当院まで御連絡をお願いいたします。また急患や検査内容等によっても、検査開始時間がかかることがありますのでご了承下さい。
3. 妊娠中、妊娠の可能性のある方は必ずお申し出ください。
4. MRI検査を受けられる患者様でペースメーカを装着されている方は、検査できません。脳動脈瘤のクリッピング術をされた事がある方、義足・義手を装着されている方は、事前に必ずお申し出ください。
5. コンタクトレンズ使用の方は、検査前に外して下さい。容器をご持参下さい。
6. 胸部CT検査を受けられる患者様でペースメーカーを装着されている方は、事前に必ず申し出て下さい。
7. 検査の前には、検査同意書に署名捺印をお願い致します。
8. 来院の際は、必ず保険証、検査依頼書、印鑑（検査同意書用）、検査費用をお持ち下さい。

内服・食事について

*高血圧・心臓の薬は、必ず内服して来て下さい。心臓・喘息のテープ剤貼用の方は、予備をお持ちください。

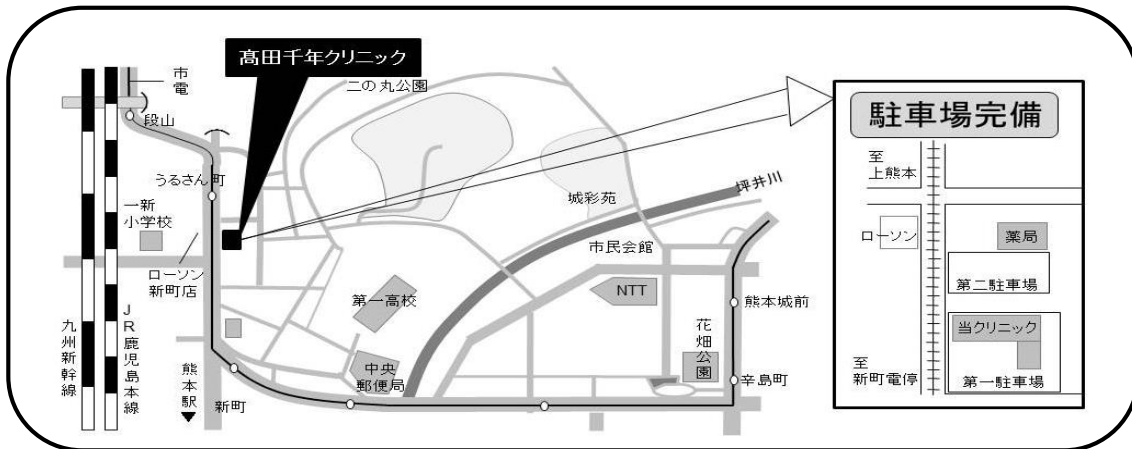
*腹部（婦人科骨盤含む）の検査の場合、指示のない限り午前の検査の方は朝食を、午後の検査の方は昼食を抜いて下さい。2時間前から水分も制限して下さい。

お 願 い

*アレルギー・喘息・腎機能低下、透析中の方は、お申し出下さい。

*過去に、造影検査で気分不良等の問題のあった方は、お申し出下さい。

*検査当日は化粧を控えて下さい。



※患者様より得た個人情報をご診察以外の目的で使用することはありません。

医療法人 千年会

高田千年クリニック

〒860-0004 熊本市中央区新町1丁目8-17

TEL 096-351-3005

FAX 096-351-3002

<http://www.takadachitose.or.jp/>

患者様用

診療所情報提供書兼検査依頼書

記載日 年 月 日

紹介される先生方へ
◎検査依頼書・問診票の記入をお願いします。
◎患者様に1枚目を渡して下さい。
◎3枚目が紹介医用です。
◎2枚目と4枚目の問診表は高田千年クリニック用です。

検査日時 年 月 日 時 分
患者氏名 様 M・F
生年月日 M T S H 年 月 日 歳
住 所
電話番号

紹介先医療機関 高田千年クリニック TEL 351-3005 担当医 高田千年

紹介先医療機関 TEL 依頼科 依頼医 Dr.

検査内容 (1項目のみ)	M R I	単 純 ・ 造 影 ・ 一 任	C T	単 純
	そ の 他			

チェック ○ヨード造影剤禁忌 ○Gd(MRI造影剤)禁忌
※検査依頼書の4枚目にある問診票の記入をお願いします。

※ 単純X線写真、CT、MRI等を既に撮影してある場合は必ず持参して下さい。
※ 以下の項目は必ず明記して下さい。(不備の場合は十分な検査が出来ない事があります。)

※造影依頼時チェック

担当医師による造影剤に関する説明を行い、同意を得てください。

チェックをお願いします。→ 説明 (済) 同意 (有)

検査部位

臨床診断

主訴・現病歴

他検査所見

検査目的(精査のため・治療効果判定・経過観察・その他)

検査希望事項・注意事項

診療所情報提供書兼検査依頼書

記載日 年 月 日

紹介される先生方へ
◎検査依頼書・問診票の記入をお願いします。
◎患者様に1枚目を渡して下さい。
◎3枚目が紹介医用です。
◎2枚目と4枚目の問診票は高田千年クリニック用です。

検査日時 年 月 日 時 分
患者氏名 様 M・F
生年月日 M T S H 年 月 日 歳
住 所
電話番号

紹介先医療機関 高田千年クリニック TEL 351-3005 担当医 高田千年

紹介先医療機関 TEL 依頼科 依頼医 Dr.

検査内容 (1項目のみ)	M R I	単 純 ・ 造 影 ・ 一 任	C T	単 純
	そ の 他			

チェック ○ヨード造影剤禁忌 ○Gd(MRI造影剤)禁忌
※検査依頼書の4枚目にある問診票の記入をお願いします。

※ 単純X線写真、CT、MRI等を既に撮影してある場合は必ず持参して下さい。
※ 以下の項目は必ず明記して下さい。(不備の場合は十分な検査が出来ない事があります。)

※造影依頼時チェック

担当医師による造影剤に関する説明を行い、同意を得てください。

チェックをお願いします。→ 説明 (済) 同意 (有)

検査部位

臨床診断

主訴・現病歴

他検査所見

検査目的(精査のため・治療効果判定・経過観察・その他)

検査希望事項・注意事項

【問診票】

患者氏名: _____ 様

検査日
検査時間

年 月 日
時 分

単純検査確認事項

- ・MRI検査歴 (無・有) _____ 年 _____ 月 部位 _____.
- ・閉所恐怖症 (無・有) _____
- ・妊娠 (無・有・不明:最終月経 _____ 年 _____ 月 ~ _____)
- ・心臓ペースメーカー (無・有)(有の場合は検査できません)
- ・心臓人工弁 (無・有:いつ _____ どこで _____)
- ・脳動脈瘤クリップ (無・有:いつ _____ どこで _____) MRI検査は(可・不可)である。
- ・頭部以外のクリップ (無・有:いつ _____ どこで _____) MRI検査は(可・不可)である。
- ・ステント (無・有:いつ _____ どこで _____) MRI検査は(可・不可)である。
- ・人工骨頭、人工関節 (無・有:いつ _____ どこで _____) MRI検査は(可・不可)である。
- ・義眼、避妊リング (無・有:いつ _____ どこで _____)
- ・義歯(金属)、歯列矯正具 (無・有)
- ・体内異物(砲弾片・針など) (無・有)

MRI

入れ墨・化粧(特にマスクラ等)による熱傷の危険性があります。

造影剤使用前確認

(造影検査の可能性がない場合は記入不要です。)

- 【禁忌】
 - ・ガドリニウム系造影剤に対し過敏症の既往歴のある方 (無・有: _____)
- 【原則禁忌】
 - ・一般状態の極度に悪い方 (該当する・該当しない)
 - ・気管支喘息のある方 (無・有)
 - ・腎障害のある方 (無・有)
 - ・最近の腎機能検査結果(造影の可能性のある方は必ず記入して下さい。) クレアチニン _____ mg/dl GFR _____ ml/min(月 日)
 - ※最近のクレアチニン値の記入が無いと造影検査は行えません
 - ・人工透析 (無・有) 透析頻度 _____ 回/週 _____ 曜日
 - ・肝障害のある方
- 【慎重投与】
 - ・アレルギー性鼻炎、発疹、じん麻疹等を起こしやすいアレルギー体質を有する方(両親、兄弟などを含む) (無・有)
 - ・薬物過敏症の既往のある方 (無・有: _____)
 - ・既往歴を含め、痙攣、てんかん及びその素質のある方 (無・有)
- 【その他】
 - ・授乳中※造影検査を受けられた場合、48時間授乳できません (無・有)

単純検査確認事項

- ・CT検査歴 (無・有)
- ・妊娠 (無・有)
- ・心臓ペースメーカー (無・有)

CT

※メトロニック社製(販売名:メトロニックInSync8040)は検査できない場合がありますので必ず記入してください。

造影剤使用前確認

(造影検査の可能性がない場合は記入不要です。)

- 【禁忌】
 - ・ヨード又はヨード造影剤に過敏症の既往歴のある方 (無・有: _____)
 - ・重篤な甲状腺疾患のある方 (無・有: _____)
- 【原則禁忌】
 - ・一般状態の極度に悪い方 (該当する・該当しない)
 - ・気管支喘息のある方 (無・有)
 - ・心疾患のある方 (無・有)
 - ・肝障害のある方 (無・有)
 - ・腎障害(無尿等)のある方 (無・有)
 - ・最近の腎機能検査結果(造影の可能性のある方は必ず記入して下さい。) クレアチニン _____ mg/dl GFR _____ ml/min(月 日)
 - ※最近のクレアチニン値の記入が無いと造影検査は行えません
 - ・急性膵炎の方 (該当する・該当しない)
 - ・マクログロブリン血症の方 (該当する・該当しない)
 - ・多発性骨髄腫の方 (該当する・該当しない)
 - ・テタニーのある方 (無・有)
 - ・褐色細胞腫の方及びその疑いのある方 (該当する・該当しない)
- 【慎重投与】
 - ・アレルギー性鼻炎、発疹、じん麻疹等を起こしやすいアレルギー体質を有する方(両親、兄弟などを含む) (無・有)
 - ・薬物過敏症の既往のある方 (無・有: _____)
 - ・人工透析 (無・有) 透析頻度 _____ 回/週 _____ 曜日
 - ・高血圧 (無・有:(βブロッカーの投与 無・有))
 - ・糖尿病 (無・有:(ビグアナイド系薬物投与 無・有))
 - ※ビグアナイド系使用の場合、相互作用の為、造影検査前後で中止する必要があります。
- 【その他】
 - ・不整脈 (無・有)
 - ・授乳中※造影検査を受けられた場合、48時間授乳できません (無・有)

問診者(紹介医による記入をお願いします。): _____

MR検査について

MR検査は、強力な磁石の力を利用し、体の内部構造を画像にする検査です。

- ・強力な磁石のため**心臓ペースメーカー、体内神経刺激装置、人工内耳等**を体内に埋め込んである方は、検査を受けることができません。(部屋に入ることもできません。)装置が破損したり異常を起こす可能性があり身体に対し大変危険です。
- ・**頭蓋内動脈クリップ**など**体内に金属等が埋め込んである方**は、検査を受けることができません。(ただし、明らかにクリップが非磁性体であると確認できるものについてはこの限りではありません。)
- ・狭い所が苦手な方(閉所恐怖症)や長い時間(20~50分)じっとできない方など、問診の際、必ず申し出てください。さらに**妊娠している方、および妊娠の可能性のある方**は、より安全を確保するため必ず申し出てください。当院では、検査前に十分な問診を行い安全性を確認した後、患者様に安心して検査を受けていただいております。疑問点に対し納得され、患者様の自由意志による同意を得た上で検査を行いたいと思います。

◎ MR検査同意書 (必ずご記入お願いいたします)

MR検査の特異性及び必要性を理解したうえで検査に 同意します。
 同意しません。

MR造影検査について (単純検査の患者様は該当しません)

検査当日、あなたが受ける検査では、造影剤という検査薬を使用する可能性があります。造影剤はより正確な診断をするために用いますが、下記に示すような副作用が起こることもあります。

- 軽い副作用:吐き気、動悸、かゆみ、くしゃみ、発疹、注射部位の痛み等です。これらは治療を要さないか、1~2回の投薬や注射で回復するものです。このような症状が発生する頻度は100人に1人以下です。
- 重い副作用:呼吸困難、意識障害、ショック等です。このような副作用は、特別な救命処置・入院が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。このような重篤な副作用が発生する頻度は、約10万人に1人以下です。
- 遅発性副作用:検査終了後数分後から数日にかけて副作用(発疹、掻痒感、吐き気、脱力感、むくみ、めまい)が現れることがあります。通常は自然に回復します。
- 病状、体質によっては重篤なショックにより、死亡する場合があります。造影剤の影響が考えられるものの確率は、0.00005%(200万人に1人)。造影剤の影響が不明なものが0.0005%(20万人に1人)程度です。
- 造影剤を使用しない場合には、病気の種類によって、病変が検出されなかったり、確定的な診断が出来ない可能性があります。

◎ MR造影検査同意書 (造影検査の場合必ずご記入お願いいたします)

検査内容(胆嚢・総胆管等)によっては、単純検査でも経口消化管用造影剤を服用した方がよい場合があります(約150ml程度)。その際は、服用する前に検査担当者から改めて説明致します。

問診の結果、造影検査を実施しないこともあります。さらに検査の途中で、造影剤を使用する必要がない事が判明した場合、造影剤は使用しません。また、造影剤検査同意書にご署名後、いつでも同意を撤回する事ができます。なお、同意を拒否、撤回されても診療上不利益を受けることはありません。

私は、MR検査における造影剤使用について、必要理由、副作用及び合併症の頻度等の説明を受け、納得しました。

必要に応じて造影剤の使用に同意いたします。

また、検査中予期しない緊急処置の必要が生じた場合には、適宜処置されることについても同意いたします。

造影剤の使用に同意できません。

尚、拒否したことによる結果について、主治医、検査担当医、病院の責任を追及しないことに同意いたします。

医療法人 千年会 高田千年クリニック院長殿

平成 年 月 日

患者様氏名: _____ 印 (印鑑がない場合は自筆)

保護者又は代理人氏名: _____ 印 (印鑑がない場合は自筆) 患者様との続柄: _____

保護者又は代理人欄は本人が未成年者又は親族の同意が必要な場合及び本人が署名できない場合にご記入ください。

緊急時連絡先 _____

tel _____

問診の結果判断した医師名: _____ 印

問診を行った医療従事者名: _____ 印

患者様の個人情報の利用は、院内掲示内容の範囲にて行います。

CT検査について

CT検査は、X線を利用し多方向から撮影したデータを元に体の断面画像を得る検査です。

使用するX線の量は、きわめて微量で体に急性的な影響を与える事はありません。しかし、現在X線や各種放射線の被曝により将来白血病や癌等がある確率で発生すると考えられています。これを確率的影響といいます。診療用のX線におけるこの確率は、自然発生的な白血病や癌等の確率と同程度とされています。X線の使用に不安をお持ちの方、さらに**妊娠している方および妊娠の可能性のある方は、より安全を確保するため必ず申し出てください。**

当院では、検査を受ける前に十分な問診を行い患者様に安心して検査を受けていただいております。

疑問点に対し納得され、患者様の自由意志による同意を得た上で検査を行いたいと思います。

◎ CT検査同意書 (必ずご記入お願いいたします)

CT検査の必要性を理解したうえで検査に

() 同意します。

() 同意しません。

CT造影検査について (単純検査の患者様は該当しません)

検査当日、あなたが受ける検査では、ヨード系造影剤という検査薬を使用する可能性があります。造影剤はより正確な診断をするために用いますが、下記に示すような副作用が起こることもあります。

●軽い副作用:吐き気、動悸、かゆみ、くしゃみ、発疹、注射部位の痛み等です。

これらは治療を要さないか、1~2回の投薬や注射で回復するものです。このような症状が発生する頻度は100人に1人以下です。

●重い副作用:呼吸困難、意識障害、ショック等です。このような副作用は、特別な救命処置・入院が必要で場合によっては後遺症が残る可能性があります。このような重篤な副作用が発生する頻度は、約2.5万人に1人以下です。

●病状、体質によっては約40万人につき1人の割合で、死亡する場合があります。

●遅発性副作用:検査終了後数分後から数日にかけて副作用(発疹、掻痒感、吐き気、脱力感、むくみ、めまい)が現れることがありますが、通常は自然に回復します。

●CT検査では、造影剤を機械により自動的に注入するために、血管外に一部の造影剤が漏れることがあります。注射した部位が腫れたり、痛みを伴う事もあります。ほとんどの場合は時間がたてば自然に吸収されますので心配いりませんが、漏れた量が非常に多い場合には処置が必要となることもあります。

●当院では、これらの長所、短所をよく考えた上で、造影剤を使用した方が患者様にとって有益と判断した場合、造影検査を患者様にお勧めしています。

●ヨード系造影剤を使用しない場合には、病気の種類によって、病変が検出されなかったり、確定的な診断が出来ない可能性があります。ヨード系造影剤を使用しない検査法に代わる検査としてMRIや超音波検査といったX線を用いない検査や、造影剤を使用しないCT検査などの画像検査があります。各々の検査法の利点や欠点は病気の種類によって様々ですので不明な点があれば医師にご相談ください。

◎ CT造影検査同意書 (造影検査の場合必ずご記入お願いいたします)

問診の結果、造影検査を実施しないこともあります。さらに検査の途中で、造影剤を使用する必要がない事が判明した場合、造影剤は使用しません。また、造影剤検査同意書にご署名後、いつでも同意を撤回する事ができます。なお、同意を拒否、撤回されても診療上不利を受けることはありません。

私は、CT検査における造影剤の使用について、必要理由、副作用及び合併症の頻度等の説明を受け、納得しました。

() 必要に応じて造影剤の使用に同意いたします。

また、検査中予期しない緊急処置の必要が生じた場合には、適宜処置されることについても同意いたします。

() 造影剤の使用に同意できません。

尚、拒否したことによる結果について、主治医、検査担当医、病院の責任を追究しないことに同意いたします。

医療法人 千年会 高田千年クリニック院長殿

平成 年 月 日

患者様氏名: _____ 印 (印鑑がない場合は自筆)

保護者又は代理人氏名: _____ 印 (印鑑がない場合は自筆) 患者様との続柄: _____

保護者又は代理人欄は本人が未成年者または親族の同意が必要な場合及び本人が署名できない場合などにご記入ください。

緊急時連絡先 _____ tel _____

問診の結果判断した医師名: _____ 印

問診を行った医療従事者名: _____ 印

患者様の個人情報の利用は、院内掲示内容の範囲にて行います。