**【CT検査注意事項】**

**※検査当日は、この診療情報提供書 兼検査申込書・紹介状・保険証・熊本再春医療センターの診察券（お持ちの方）をご持参ください。**

**検査予約時刻の30分前に、総合受付へおいでください。**

1. 検査当日は、なるべく金属等の付いていない服装で検査を受けてください。
2. 当日は最初に総合受付で受付をされ、放射線科へおいでください。
3. 検査は、15分程度で終了しますが、検査部位・検査方法で多少変わることがあります。
4. 救急患者対応のため、検査の順番が変わることがありますのでご了承ください。
5. **腹部や造影検査の場合は、次の注意事項を必ず守ってください。  
   　・午前の検査の場合は、朝食を食べないでください。  
   　・午後の検査の場合は、昼食を食べないでください。**

**※水分（水やお茶）は通常通りお取りください。ただし、牛乳・ヨーグルトは避けてください。**

1. 造影検査では『非イオン性ヨード造影剤』という検査薬を使用します。  
   この薬はごくまれに投与後から1時間～数日後においても次の症状が現れることがあります。  
   　発疹（かゆみ）　・　発熱　・　吐き気　・　めまい　・　胸が苦しい　など  
   なにか異常がありましたら、来院されるか、電話で下記にご連絡ください。  
   ※造影検査後は普段より水分を多くとってください。
2. 糖尿病薬を内服されている方は造影剤が使用できない場合があります。事前に薬品名をお知らせください。（ビグアナイド系糖尿病薬は、検査前後2日間の休薬が必要）
3. 予約日時に来院できない場合には、事前に下記までご連絡ください。

検査のお問合せ・ご連絡先

熊本再春医療センター　放射線科

　熊本県合志市須屋2659　TEL 096-242-1000（内線 330）

**診療情報提供書 兼CT検査申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査日 | 年　　　　月　　　　日　　　　　時　　　　　分頃 | | |
| ふりがな |  | 生年月日 | M T S H R 　 年　月　日 |
| 患者氏名 |  |
| 紹介元　医療機関名 | 病院・医院 | | |
| TEL |  | 紹介元主治医 |  |

|  |
| --- |
| **検査部位記入**  **で囲み（　　）に部位の詳細を記載してください　※例　四肢（　膝　）**  頭部（　　）　　頸部（　　）  **検査範囲を記載してください**  胸部（　　）　　腹部（　　）  骨盤部（　　）　　脊椎（　　）  四肢（　　）　冠動脈（　　）　インプラント（上顎骨・下顎骨）  その他（　　）  **臨床診断記入**  **主訴・臨床経過・所見等**  **検査目的・希望事項** |

**・下記から選択してください　　　　　　　・造影CTの場合、下記に数値を記載してください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①単純CT | ②造影CT | 体重　　㎏ | クレアチニン mg/dl |

|  |
| --- |
| **下記の項目等の有無について主治医がチェックしてください**  ヨード造影剤検査歴（　無　有　）　　　　　　　HB抗体（ ＋　　－　　不 明 ）  造影剤副作用歴（　無　有　）　　　　　 　HCV抗体（ ＋　　－　　不 明 ）  喘息・アレルギー（　無　有　） MRSA（ ＋　　－　　不 明 ）  腎機能障害（　無　有　） Wa氏反応（ ＋　　－　　不 明 ）  甲状腺疾患・結核菌排菌（　無　有　） その他（ 　　　　　　　　 ）  妊娠（　無　有　）  ビグアナイド系糖尿病薬の内服（　無　有　薬品名[　　　　　　　　]）※検査前後2日間の休薬が必要 |

**造影CT検査の場合、下記の書類による説明後、同意書の取得をお願いいたします。**

**同意書は検査時に持参してください。**

熊本再春医療センター　放射線科　096－242－1000（内線330）

**下記の同意書は造影検査依頼時のみ必要となります。**

**直筆での記載をお願いいたします。**



