

泌尿器疾患 画像検査依頼状(診療情報提供書)

年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院
地域医療連携室 行

FAX 055-948-2103(直通)

※ 10～20分以内で折り返しお返事致します。

ご紹介元	
医療機関名	
医師	印
FAX番号	

患者氏名 殿 (男・女)
生年月日 年 月 日生 歳
住所 電話番号

身長 cm 体重 kg

病名【 ※ 必ずご記入下さい。】

紹介目的等をご記入下さい。

検査項目	
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	検査部位 腹部・脊椎・骨盤・前立腺・膀胱・腎臓・その他() 造影剤使用 有・無 CT造影有の場合 (動脈相・静脈相・排泄相) CT撮影条件 (5mmスライス・1cmスライス) 喘息 (有・無) 腎機能 (良・不良) Cre()※ 3ヶ月以内のデータを記入して下さい。 薬物アレルギー (有・無) 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・MRI用体内金属ドクターチェックのご提示をお願いします。 ・造影剤の使用にあたっては、MRI検査又はCT検査に関する説明と同意書のご提示をお願いします。
<input type="checkbox"/> 骨シンチ	注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・放射線医薬品使用承諾書のご提出をお願いします。 ・同一月内のGaシンチとPET-CTは、保険対象外となります。 ・食事制限や前処置等の指示は、予約時に確認して下さい。
<input type="checkbox"/> PET-CT	検査目的 良・悪性鑑別・病期診断・転移検索・再発診断 腫瘍マーカー ()・()・不明 糖尿病 (有・無) ※ 施行済画像 CT・MRI・US・その他() 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・PET-CT検査同意書のご提出をお願いします。 ・同一月内の同一病名による複数回のPET検査は適応になりません。 ・悪性腫瘍病名(確定) ただし早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む ・他の検査、画像診断(※1)により病期診断、転移、再発の診断ができない患者 (※1)他の検査、画像診断とは、CT、MRI、超音波検査、消化管造影、マンモグラフィー等

当院受診の有無 有・無

当院に受診歴のない場合は、新規に患者様のIDを作成し予約させていただきます。

CT検査に関するヨード造影剤問診票

これまでにヨード造影剤を使用して検査を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
その時、帰宅後も含めて何か異常はありましたか (例：吐き気、嘔吐、かゆみ、しっしん、呼吸困難、意識消失、血圧低下、その他)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
気管支喘息と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 (治療中・治療していない)
	<input type="checkbox"/> 無
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
甲状腺の病気と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
腎臓の病気や機能が悪いといわれたことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
心臓病と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
糖尿病と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
ビグアナイド系糖尿病薬をお飲みですか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
妊娠している、またはその可能性はありますか(女性)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
授乳していますか(女性)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

問診日：

ID：

患者氏名：

説明者：

検査説明 検査処置前 検査処置後
 CT検査終了時 問題なし 問題あり

ヨード造影剤を使用した CT 検査に関する説明書と同意書

検査説明担当医師

この用紙は、あなたが受ける CT 検査の同意書です。担当医師から検査に対する説明を受け下記ヨード造影剤に対する留意事項もご確認ください。

1. 検査概要

CT 検査は、からだの横断面について X 線を使用して撮影し、これにより得られた情報をコンピューターで解析して、目的とする部分の画像診断をする検査です。必要に応じてヨード造影剤を使用する場合があります。

2. ヨード造影剤の使用の必要性

検査内容や病気の種類にもよりますが、造影剤を血管内に注射すると血管の走行や個々の臓器、病巣の部分や性質などが一層明瞭に観察できるようになり、病気をわかり易く正確に診断できるようになります。CT 検査では造影剤の使用が極めて有用になるため、必要に応じて造影剤を注射する場合がありますのでご了承ください。

3. ヨード造影剤による副作用

ヨード造影剤を注射すると、稀にアレルギー反応(2%以下の頻度でじんま疹、くしゃみ、吐き気、発熱、背部痛など)を起こすことがあります。ほとんどの場合、一過性の軽微な症状で様子を見るだけで消退します。非常に稀に(0.1%未満)血圧低下、呼吸障害などの重篤な症状を起こすこともあり、約 30 万人に 1 人の割合で重篤な症状による死亡例の報告もあります。また、ヨード造影剤注射後 1~3 日くらい経過してから軽度な症状が現れることもあります。これらの症状を副作用と呼びます。また、注射に伴い血管外漏出のリスクがあり、血管外漏出を生じた場合、コンパートメント症候群という、しびれや血流の低下という副作用を生じる場合があります。

ヨード造影剤に関する不明な点や造影剤を使用したくないという場合には、遠慮なくお申し出ください。

※他の医療機関で意見を聞く権利があります。セカンドオピニオンについては、遠慮なく主治医に申し出てください。

※いったん同意書を提出しても、治療（検査）が開始されるまでは、本治療（検査）を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。

※本治療（検査）について質問がある場合や、治療（検査）を受けた後緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

住所：静岡県伊豆の国市長岡 1129 番地

病院：順天堂大学医学部附属静岡病院

電話：055-948-3111

科（主治医： ）

検査施行同意書

私は検査の内容とその必要性を上記担当医師より説明を受け、ヨード造影剤を使用することにより稀に副作用が起こり得ることも理解し、造影剤を使用した CT 検査に同意します。

以上を説明しました。

年 月 日

紹介元医療機関

所属科

担当医：氏名

印

押印なき場合は自署のこと

自署：

以上の説明を受けました。

検査に同意します。

年 月 日

患者本人氏名：

代諾者氏名：

同席者氏名：

※患者もしくは代諾者どちらか一方は自署に限る