

王子会 神戸循環器クリニック 検査依頼票

下記手順に従い検査をご依頼下さい。

- 1) 電話にて検査予約を行って下さい。
- 2) 予約日時が決まりましたら患者情報、検査予定日、区分、撮影部位、病名／検査目的のご記入をお願い致します。
万が一、機器の故障などにより撮像できない場合は直接患者様へ連絡させていただきます。
- 3) 2) を記入された後に検査問診をお願い致します。
ご注意：MR 検査において体内金属（例えば脳動脈瘤クリップなど）に関しては、クリップの材質（磁性の有無）の確認をお願い致します。確認が取れない場合は撮像できません。また刺青、アートメイクなどは材質によって変色、発熱の危険性がある為、ご確認をお願い致します。
- 4) ④の区分において造影検査を希望される場合は、末尾の副作用説明文を用いて説明して頂き、造影剤問診及び同意書へ本人又は代理人のご署名をお願い致します。
- 5) ⑦画像レポートは貴院様の設備に応じて画像出力を選択して頂けます。
特にお急ぎの場合はご依頼の時点でご相談願います。
検査の種類によりますが、画像は検査後患者様に直接お渡しすることもあります。
- 6) 心臓CT／MRのみ外来診療にて当院循環器内科医による患者様へのご説明も可能になっております。ご希望される場合はチェックして頂き、当院検査後に日時を患者様と調整致します。
- 7) 記載済みの依頼票を患者様へお渡し頂き検査来院時に受付に提出下さい。依頼票はご返却できませんので控えが必要な場合は事前にコピーをお願い致します。
- 8) 心臓CT検査は、心拍数などの調整を必要とする場合がありますので予約時間の1時間前にお越し下さい。
- 9) 造影CTの場合、ビッグアナイド系血糖降下薬（グリコラン、メルビン、メデット、ジベトスB）を内服されている方は検査前後各2日、当日を含めて合計5日間の中止を推奨しています。ご不明な場合はご相談下さい。
- 10) 急遽患者様のご都合が悪くなった場合は当院までご連絡下さい。

ご予約日時

患者様氏名

月 日() 時 分

ご予約受付

電話受付時間 / 8:30 ~ 18:00 休診日 / 日曜日・祝日

TEL 078-367-7222 FAX 078-367-7221

〒650-0017 神戸市中央区楠町6丁目11番5号

診療情報提供書・検査依頼書

貴院控

①

患者様情報

フリガナ
氏名

性別

生年月日

連絡先

② 検査予定日

年 月 日

午前 時 分
 午後

③

貴院情報

貴院施設名

ゴム印可

ご担当医師名

④

◆区分◆

検査区分 CT / MR / 超音波 / XP
造影区分 有 / 無

重要：造影検査有りの場合は別紙⑨「造影剤問診及び同意書」にて確認の上署名をお願い致します。

⑥

◆病名／検査目的◆

腎障害が強い場合には造影検査はできません。

- データなし（当日当院で採血します）
 データあり（3ヶ月以内のものを下記にご記入下さい）

血清クレアチニン	mg/dl
----------	-------

（値のご記入のない場合は、当日当院で採血します）

⑦

◆画像レポート◆

画像・レポートについてご希望箇所にチェックをお願いします。

- フィルム + レポート
 CD + レポート
 レポートのみ

貴院次回診察予定日（ 月 日）

◆心臓CT/MRのみ結果説明をお受けしております。説明をご希望されますか？

- する しない

⑤

◆撮影部位◆

- 頭 部
 頸 部
（甲状腺・耳下腺・顎下腺）
 心 臓
 胸 部（肺野・縦隔・乳腺）
 上腹部
（肝・胆・膵・腎・脾）
 下腹部
（膀胱・子宮・卵巣・前立腺）
 全腹部（CTのみ）
 血 管
（頭・頸・胸・腹・骨盤・下肢）

- 脊 椎（頸・胸・腰）
 股関節（右・左）
 膝関節（右・左）
 足関節（右・左）
 肩関節（右・左）
 肘関節（右・左）
 手関節（右・左）
 その他

重要：検査依頼時に体内金属の有無を別紙問診票にて確認お願い致します。



医療法人社団 王子会 神戸循環器クリニック

TEL 078-367-7222 FAX 078-367-7221
神戸市中央区楠町6丁目11-5 予約電話番号078-367-7222

診療情報提供書・検査依頼書

①

患者様情報

フリガナ
氏名

性別

生年月日

連絡先

* 当院カルテNO []

② 検査予定日

年 月 日

午前 時 分
 午後

③

貴院情報

貴院施設名

ゴム印可

ご担当医師名

④

◆区分◆

検査区分 CT / MR / 超音波 / XP
造影区分 有 / 無

重要：造影検査有りの場合は別紙⑨「造影剤問診及び同意書」にて確認の上署名をお願い致します。

⑥

◆病名／検査目的◆

腎障害が強い場合には造影検査はできません。

- データなし（当日当院で採血します）
- データあり（3ヶ月以内のものを下記にご記入下さい）

血清クレアチニン	mg/dl
----------	-------

（値のご記入のない場合は、当日当院で採血します）

⑦

◆画像レポート◆

画像・レポートについてご希望箇所にチェックをお願いします。

- フィルム + レポート
- CD + レポート
- レポートのみ

貴院次回診察予定日（ 月 日）

◆心臓CT/MRのみ結果説明をお受けして
おります。説明をご希望されますか？

する しない

⑤

◆撮影部位◆

- 頭 部
- 頸 部
（甲状腺・耳下腺・顎下腺）
- 心 臓
- 胸 部（肺野・縦隔・乳腺）
- 上腹部
（肝・胆・膵・腎・脾）
- 下腹部
（膀胱・子宮・卵巣・前立腺）
- 全腹部（CTのみ）
- 血 管
（頭・頸・胸・腹・骨盤・下肢）

- 脊 椎（頸・胸・腰）
- 股関節（右・左）
- 膝関節（右・左）
- 足関節（右・左）
- 肩関節（右・左）
- 肘関節（右・左）
- 手関節（右・左）
- その他

重要：検査依頼時に体内金属の有無を別紙問診票にて確認お願い致します。



医療法人社団 王子会 神戸循環器クリニック

TEL 078-367-7222 FAX 078-367-7221
神戸市中央区楠町6丁目11-5 予約電話番号078-367-7222

①

患者様情報

フリガナ
氏名

性別

生年月日

連絡先

患者様情報書

* 当院カルテNO []

② 検査予定日

年 月 日

午前

午後

時 分

③

貴院情報

貴院施設名

ゴム印可

ご担当医師名

④

◆区分◆

検査区分 CT / MR / 超音波 / XP

造影区分 有 / 無

重要： 造影検査有りの場合は別紙⑨「造影剤問診及び同意書」にて確認の上署名をお願い致します。

⑧

◆検査問診◆

◆ CT/MR 検査（単純・造影）共通確認事項について当てはまる項目にチェックを入れて下さい。

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| ① 心臓ペースメーカー挿入 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ② 体内埋め込み型除細動器（ICD） | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ③ 脳動脈瘤クリップ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ④ 動脈へのステント留置 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ⑤ 骨の固定具 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ⑥ 歯科インプラント | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ⑦ 可動性義眼 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ⑧ 人工内耳 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ⑨ その他金属が体内に入っている、又は外せない金属がある場合ご記入下さい。
() | | |

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| ⑩ 刺青、アートメイク | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ⑪ 不整脈 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ⑫ 妊娠 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ⑬ 身長、体重をご記入下さい。（身長 cm 体重 kg） | | |

◆ MR 検査を受けられる方への確認事項

- | | | |
|-----------|----------------------------|----------------------------|
| ① 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| ② MR 検査経験 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

重要： ○MR検査対応でない体内金属が挿入されている患者様に関しては検査ができない場合がございます。あらかじめ確認の程よろしくお願い致します。

- 腹部検査・造影検査の場合、午前中の撮影では前日 21:00 以降より食事を取らないようお願いいたします。午後の撮影では朝食は軽食で、昼食を取らないようお願いいたします。（水・お茶のみ摂取可）
- 下腹部検査では 1～2 時間前より排尿は控えて下さい。



医療法人社団 王子会 神戸循環器クリニック

TEL 078-367-7222 FAX 078-367-7221
神戸市中央区楠町6丁目11-5 予約電話番号078-367-7222

①

患者様情報

フリガナ
氏名

性別

生年月日

連絡先

造影検査情報書

* 当院カルテNO []

② 検査予定日
年 月 日

午前 時 分
 午後

③ 貴院情報

貴院施設名

ゴム印可

ご担当医師名
(説明医)

④ ◆区分◆

検査区分 CT / MR / 超音波 / XP
造影区分 有 / 無

重要：造影検査有りの場合は別紙⑨「造影剤問診及び同意書」にて確認の上署名をお願い致します。

⑨ ◆造影剤問診及び同意書◆

別紙「CT/MR造影検査における副作用説明文」を熟読して頂き下記の間診の当てはまる箇所にチェックをお願い致します。

- 1) 過去に造影剤検査を受けた事がありますか？
CT 有 無
MR 有 無
有りとお答え頂いた方にお尋ねします。その時、副作用はありましたか？
 有 無
症状 ()
- 2) アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
 有 無
- 3) 喘息（ぜんそく）であったり、過去に喘息と言われた事がありますか？
 有 無
- 4) 腎不全もしくは腎機能低下と言われた事がありますか？
 有 無

別紙説明により造影剤を使用する検査について理解できましたので造影検査に同意致します。

氏名
(本人又は代理人)

- 別紙説明により造影剤を使用について理解しましたが造影検査に同意致しません。
 別紙説明により学術目的での画像使用許諾には同意致しません。



医療法人社団 王子会 神戸循環器クリニック

TEL 078-367-7222 FAX 078-367-7221
神戸市中央区楠町6丁目11-5 予約電話番号078-367-7222

CT/MR造影検査における副作用説明文

各種造影検査は静脈から造影剤を体内に注入する事によって病変の性状、形態、血行動態など様々な情報を画像化する為に用いられます。しかし、造影剤投与に伴い軽微から重篤な副作用の報告がなされており、造影検査を施行する事によって患者様ご自身に副作用が発症する可能性があります。検査前に下記の副作用のリスクと確率を理解された上で別紙「造影剤問診及び同意書」に署名をお願い致します。

CT・・・CT造影検査ではヨード造影剤と呼ばれる造影剤を使用します。

軽微な副作用：軽微なものに吐気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などがあります。基本的に治療を要しませんがこのような副作用の起こる確率は約100人につき5人程度(5%)とされています。

重篤な副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は、通常治療が必要で、後遺症が残る可能性があり、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は約6000～9000人につき1人以下(0.01～0.02%以下)になります。病状、体質によっては10～20万人に1人の割合(0.0005～0.0001%)で死亡する場合があります。

MR・・・MR造影検査ではガドニウム造影剤と呼ばれる造影剤を使用します。

軽微な副作用：吐気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。このような副作用の起こる確率は約100人につき1人程度(1%)とされています。

重篤な副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は、通常治療が必要で、後遺症が残る可能性があり、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は約1万人につき5人以下(0.05%以下)になります。病状、体質によっては100万人に1人の割合(0.0001%)で死亡する場合があります。

注意：造影剤を急速注入する為、身体が温くなる場合がありますが副作用ではございませんのでご安心下さい。(急速に浸透圧の違う液体が血管内を走行する為に起こります) また細心の注意を払っておりますが、まれに血管外に造影剤が漏れ、注射部位が腫れ、痛みを伴う事があります。基本的には時間経過とともに皮下吸収されますが、後日再検査をして頂く必要があります。

重要：上記副作用のリスクを理解された場合においても造影検査の為の問診結果に副作用のリスクが高くなる要因が含まれている場合は造影検査を施行できない場合がある事をご承知下さい。

* この度の検査画像を学術目的のため利用させて頂く場合があります。その場合も個人情報は保護されます。ご理解、ご承諾の程よろしくお願い致します。

以上