

小倉記念病院診察申込書 兼 医療連携室利用票(患者様控)

申込日 令和 年 月 日

受診科

科 先生

医療機関名

所在地

受診希望日 有 ・ 無 ・ 最短日

TEL

令和 年 月 日

FAX

医師名

予約日時のご連絡は、ご紹介元(医療機関)へ差し上げております。ご担当者名をご記入ください。

ふりがな	生年 月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	
患者様氏名		男	年 月 日 歳
様		女	
旧姓			
患者様住所	電話番号		

※ 保険情報は、保険証をFAXしていただいても結構です。

保険者番号		公費番号等すべて記入をお願いします。	
被保険者記号番号			
被保険者名 (世帯主名)			
被保険者との続柄 ○をおつけ下さい	本人 ・ 家族	母子の方は負担金	¥
		本人負担割合	割
小倉記念病院での受診歴(他科含め)		有 ・ 無	
貴院での入院状況(受診希望日現在)		外来 ・ 入院中	
入院中の方	入院日 R . . ~	科	種類(例:一般病棟) 病棟
画像データ	有 ・ 無	CD-R ( 枚 )	フィルム ( 枚 )

(お願い)

- 事前にカルテ作成の準備をさせていただきたいと思いますので、お手数ですが、患者様の氏名・生年月日・性別・住所・電話番号・保険証記号番号(主保険・従保険)を記入してFAXしてください。
- FAX受領後予約日時を電話にて折り返します。患者様へお伝えください。  
受診当日、「小倉記念病院診察申込書・医療連携室利用票(患者様控)」、「(以下利用票)」「健康保険証・各種医療証」「診療情報提供書(紹介状)」「お薬手帳」「当院診察券をお持ちの方は診察券」をご持参いただき、「利用票」を2階新患受付設置の「黄色の箱」に入れていただくようお願いいたします。

小倉記念病院 代表 093-511-2000  
医療連携課 専用FAX 0120-020-027

お願い

月曜日～金曜日 17:00以降の受診や休診日の救急受診については、この申込書のご利用はできませんのでご注意ください。

診療情報提供書

小倉記念病院

令和 年 月 日

受診科

科

先生

医療機関名

所在地

T E L

F A X

医師名

ふりがな 患者氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
患者住所		電話番号

症病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
  2. 必要がある場合は画像データ、検査データを添付してください。

# 小倉記念病院 検査申込書

令和            年            月            日

医療機関名

医師名

患者氏名

様

希望日	第一希望            年            月            日	第二希望            年            月            日
-----	---	---

<input type="checkbox"/> CT	部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部  <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部  <input type="checkbox"/> その他(            )	<input type="checkbox"/> 単純	
		<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 放射線科 医師に一任	※3カ月以内の腎機能データー (※必須) ・eGFR(            ) ・クレアチニン(            ) ※ピグアナイド系糖尿病服用(有 ・ 無) ※アレルギー体質(有 ・ 無) ※過去に造影剤副作用(有 ・ 無) ※気管支喘息(有 ・ 無) ※甲状腺機能亢進症(有 ・ 無) ※腎機能低下(有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> MR	部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> MRA  <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部  <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎  <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤  <input type="checkbox"/> その他 ※(右・左)含め、 具体的に記載下さい <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 150px; margin: 10px auto;"></div> <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 単純	
		<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 放射線科 医師に一任	※3カ月以内の腎機能データー (※必須) ・eGFR(            ) ・クレアチニン(            )  ※該当項目に○を、お願いします。 ・MR対応ペースメーカー ・体内金属片 ・心臓人工弁 ・脳動脈瘤クリップ ・人工骨関節等  ※MRは、一度のお申込みで一部位となります   ※MRCPは、必ず <u>当日朝絶食</u> でお願いします

※欄は、もれなくご記入下さい。  
※検査申込書とは別途、診療情報提供書をお願いいたします。  
※検査の結果は後日、画像CD-ROMとともに、郵送させていただきます。

## CT検査における造影剤使用に関する説明書

CT検査は、X線とコンピュータを使用して体内の深部を画像化して、診断や治療に役立てる検査法です。  
CT検査ではヨード造影剤という検査薬の静脈内投与を必要とする場合があります、これを造影CT検査といいます。  
造影剤を使用すれば、一般に病気の有無や性質・範囲をより正確に評価できるため、診療を行う上で重要な情報となることが多いです。また、造影剤を使わなければ病気を見つけることができない場合もあります。

### 1. 造影剤で副作用が生じる危険が高い状態について

アレルギー体質の方は副作用を生じる可能性が約3倍高く、なかでも気管支喘息の方は約10倍といわれています。また、腎臓の機能が低下している方にCTの造影剤を使うと、腎機能を悪化させることがあります。さらに、ある種の糖尿病の薬の副作用が出やすくなる場合があります。次に該当する方は、造影検査の前に、主治医とご相談下さい。

- ・ 以前に 造影剤で具合が悪くなったことがある。 ・ 気管支喘息やアレルギー体質と診断されている。
- ・ 腎臓の機能が低下している あるいは 重い腎臓病と診断されている。
- ・ 心臓ペースメーカーを植え込んでいる。 ・ 糖尿病の飲み薬を服用している。
- ・ 甲状腺機能亢進症と診断されている。 ・ 妊娠中である もしくは 妊娠している可能性がある。
- ・ 授乳中である(造影剤使用後48時間は授乳を避けて下さい)。

※以前に造影剤を用いた検査で副作用のなかった方でも副作用が起こる可能性があります。

### 2. 造影剤の副作用について

CT用造影剤(ヨード造影剤)では次のような副作用が生じることが知られています。

#### 即時性副作用

#### 1) 軽い副作用(約100人に1人程度：1%程度)

嘔気、嘔吐、動悸、かゆみ、くしゃみ、発疹、発赤が生じることがあります。

#### 2) 重篤な副作用(約1万人に5人程度：0.05%程度)

血圧低下(ショック)、息苦しさ、意識消失、腎不全などが生ずる可能性があります。

さらに、他の通常の薬剤と同じように10万人～40万人に1人の割合で死亡の報告があります。

#### 遅発性副作用

まれに検査後数時間から数日後に倦怠感、頭痛、発疹が現れることもあります。

このような症状や、何らかの異常が現れた場合には、下記にある連絡先までご連絡下さい。

※副作用ではありませんが、造影剤を血管内に注入する際に血管外に造影剤が漏れることがあり、注射部位の腫れ、痛み、内出血を生じることがあります。通常は時間が経てば自然に吸収されるので心配はありません。

### 3. 副作用等の発現時の対応について

万が一、上記の副作用等が生じた場合には医師が迅速に対処いたします。

この場合の治療対応については 通常の保険診療の取り扱いとなります。あらかじめご了承ください。

※造影検査後は造影剤の排泄を促すために、普段より多めの水分摂取を心がけてください。

この書類に、必要事項をご記入の上、FAXにてお申込み下さい。原本は検査当日ご持参下さい。

以下の当てはまる箇所に✓印を入れてください。“はい”を選ばれた方は、次項の適した選択肢を○で囲むか、いずれの選択肢にも該当しない場合は（ ）の中に具体的な言葉を書いてください。

1) 今までにCT検査を受けたことがありますか？	口はい	口いいえ	
2) 今まで、造影剤（注射/点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？	口はい	口いいえ	
<p>● “はい” にチェックを入れた方のみお答えください。</p> <p>・ 検査はいつ頃ですか？ （ ） 年前）</p> <p>・ どの様な検査を行いましたか？当てはまるものを○で囲んでください。 [CT MRI 心臓カテーテル/血管造影 尿路造影 胆道造影 その他（ ）]</p> <p>・ 検査の時、以下のような症状はありましたか？あれば症状を○で囲んでください。 [発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛 その他（ ）]</p> <p>● 症状の出た方のみお答え下さい。</p> <p>・ いつ頃受けられた検査で症状が出ましたか？ （ ） 年 （ ） 月頃）</p> <p>・ 症状が出たのは検査後どのくらい時間が経っていましたか？ 口検査直後 口検査終了後</p> <p>・ 症状が出た際に検査を行った医療施設はどこですか？ 口 当院 口 他施設</p>			
3) アレルギー体質あるいはアレルギー性の病気をお持ちですか？	口はい	口いいえ	
<p>● “はい” にチェックを入れた方のみお答えください。</p> <p>・ どのようなアレルギーですか？当てはまるものを○で囲んでください。 [じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、アルコール、 食物アレルギー （ ） 薬剤アレルギー（ ） その他アレルギー（ ）]</p> <p>・ 現在アレルギーのお薬を飲んでいますか？ 口はい 口いいえ （薬剤名 ）</p>			
4) 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？	口はい	口いいえ	
<p>● “はい” にチェックを入れた方のみお答えください。</p> <p>・ 最近いつ頃発作が起きましたか？ （ ） 頃）</p> <p>・ 使用している内服薬、吸入剤はありますか？ 口はい 口いいえ （薬剤名 ）</p>			
5) 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）といわれたことはありますか？	口はい	口いいえ	
6) 心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか？	口はい	口いいえ	
※ はいの方は検査時にペースメーカー手帳をご持参下さい。			
7) 糖尿病や甲状腺機能亢進症のお薬を飲んでいますか？	口はい	口いいえ	
<p>● そのお薬の名前をご記入下さい。 （薬剤名 ）</p>			
8) 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？	口はい	口いいえ	口わからない
現在、授乳中ですか？	口はい	口いいえ	
9) なにか気になることはありませんか？			

検査担当医・放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

CT 造影剤使用に関する同意書

小倉記念病院 宛

私は、CT 造影剤使用についての説明文書に基づき説明を受けました。  
CT 造影剤使用の実施に関して、

- ☐ 希望します。
- ☐ 希望しません。

注：希望された後であっても、いつでも撤回(拒否)することができます。  
希望しない場合は、造影剤を用いないで検査を行います。

年 月 日

説明医師

年 月 日

ご本人署名 (続柄 )

※ご本人が承諾不能な場合は代諾者が署名

親権者署名

※検査を受けられる方が未成年の場合、親権者も  
ご署名願います。