

鎌ヶ谷総合病院 放射線診断科 診療情報提供書

医療機関名		医療機関 電話番号	
担当 医師名		診療科	
ふりがな		性別	生年月日(和暦・西暦どちらでも結構です)
患者さん氏名			年 月 日 歳
患者さん 情報	〒		
	患者携帯		患者固定
	家族等の緊急時連絡先		
	緊急時連絡先 氏名		電話番号
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす(介助不要) <input type="checkbox"/> 車いす(要介助) <input type="checkbox"/> その他()		
インプラント の有無	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> クリップ(部位) <input type="checkbox"/> ステント(部位) <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 歯科インプラント <input type="checkbox"/> その他()		
検査内容	<input type="checkbox"/> 単純 CT <input type="checkbox"/> 造影 CT <input type="checkbox"/> 単純 MRI <input type="checkbox"/> 造影 MRI		
検査希望日	20 年 月 日 曜日 (時 分)		
検査部位		検査目的	
その他特記 申送り事項			

【紹介元医療機関さまへ】

患者さん情報や検査内容・検査希望日をご記入の上、下記の放射線診断科直通 FAX にご送信下さい。

予約手続き後は、本紙原本及び患者さん用書類(各検査案内・問診セット)を患者さんにお渡し下さい。

鎌ヶ谷総合病院 放射線診断科直通 TEL & FAX047-498-8119

2023 年 4 月 13 日改定

造影 CT 検査予約票

本用紙は検査当日にご持参下さい

お名前

様

予約日 月 日 午前・午後 時 分

【検査当日の手順】

- ①健康保険証、紹介状(検査依頼書)、造影 CT 問診票・同意書、造影 CT 検査説明書をご用意下さい。
- ②造影 CT 検査問診票・同意書に必要事項をご記入下さい。
- ③予約時間の20分前にはご来院頂き、1階の総合受付窓口で受付後、放射線受付にお越し下さい。

【検査前の食事や服薬について】

◆骨盤部・腹部を検査される方

検査6時間前よりのお食事(牛乳などの乳製品含む)はお控え下さい。水やお茶は飲んでも構いません。高血圧などで定期投薬のある方は薬を飲んでからご来院下さい。ただし、糖尿病のお薬は飲まないで下さい。膀胱に尿が溜まっている必要があります。検査前2時間以内は排尿しないで下さい。

◆骨盤部・腹部以外の検査をされる方

飲食の制限はありません。

【お願い】

検査日の変更やキャンセルの連絡は下記にお電話下さい。

鎌ヶ谷総合病院 放射線診断科 TEL 047-498-8119(直通)



CT検査における造影剤（ヨード製剤）使用についての説明書

今回実施するCT検査は『造影剤(ぞうえいざい)』という薬剤を注射して行います。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態を正確に明らかにし、今後の治療に役立てます。造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用については次のようなものがあります。

- ①軽い副作用：吐き気、嘔吐、かゆみ、発疹などで、基本的に治療は不要です。このような副作用が起こる確率は100人につき5人以下、つまり5%以下です。
- ②重い副作用：呼吸困難、血圧低下、けいれん、意識消失などで、通常は治療が必要であり、状態によっては入院や手術が必要になる事もあります。このような副作用の起こる確率は1000人に1人程度、つまり0.1%程度です。
- ③非常に稀ですが、病状や体質によっては約10～20万人につき1人の割合(0.0005～0.001%)で死亡する場合があります。
- ④以前に造影剤を用いる検査を受け、副作用の無かった方でも副作用が起こる可能性があります。

検査を安全・確実に行うために、別紙の問診票にご記入下さい。

※担当医の判断で造影剤を使用しない場合もあります。

【食事やお薬の服用について(骨盤部、腹部の検査の方のみ)】

検査6時間前からの食事と、牛乳含む乳製品の接種は控えて下さい。水、お茶は飲んで頂いて結構です。高血圧などで定期投薬のある方は薬を飲んでからご来院下さい。ただし、糖尿病の薬は飲まないで下さい。

【造影剤の注入時】

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っています。もし異常を感じたら、躊躇わず主治医もしくは放射線科にお知らせ下さい。

- ①体が熱くなりますが、血管に対する直接の刺激ではありません。
- ②勢いよく造影剤を注入するため、稀に血管外に造影剤が漏れる事があります。
この場合は、注射した部位が腫れて痛みを伴う事があります。
- ③造影剤は基本的に時間の経過と共に吸収されるので心配はありません。
漏れた量が多い場合は、別の処置が必要になる事もありますが、非常に稀です。

【検査が終わったら】

- ①検査時に何もなくても、検査後数時間～数日後に注射した腕の痛み、皮膚の発赤、かゆみ、吐き気、嘔吐、動悸などの症状が出る事があります。
- ②造影剤を体内から排泄しやすくするために、水やお茶などの水分を普段よりも多めに摂取して下さい。
ただし、水分摂取量を制限されている方は通常通りして下さい。
- ③造影剤は若干母乳中に移行しますので、およそ48時間は授乳を控えて下さい。

造影検査に関して質問がある場合は、主治医もしくは検査担当者に遠慮なくお尋ね下さい。

CT用造影剤使用に関する問診票

本用紙を検査当日に必ずご持参下さい

当てはまる方にレ印を入れてください。“あり”の方を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉を書いてください。

体重を記入して下さい

Kg

1. 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？
なし あり: CT検査、尿路造影、胆道造影、血管造影、MRI検査
2. その時、副作用はありましたか？
なし あり: 発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他()
3. 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか？
なし あり(→具体的にお書き下さい:)
4. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
なし あり: じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、
薬のアレルギー(薬剤名)
食物のアレルギー(食物名)、その他()
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？
なし あり(→具体的にお書き下さい:)
6. 今までに下記の病気にかかったことがありますか？
甲状腺機能亢進症(バセドー病) なし あり
褐色細胞腫瘍(病名) なし あり
7. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？
なし あり わからない
8. 糖尿病のお薬(メット、メルビン、ジベトスなど)を飲んでいますか？
なし あり(→「あり」の方は、必ず主治医にご相談ください)

※ 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。

造影CT検査同意書

私は、造影検査とその危険性について担当医から説明を受け、また、「CT検査における造影剤(ヨード製剤)使用についての説明書」を読み、納得しました。よって造影検査を受けること、および、もし副作用が生じた場合にはそれに対する処置を受けることに同意します。(同意した後も、いつでも撤回することができます。)また、検査担当医・放射線科医の判断で造影剤使用を中止する場合があることにも同意いたします。

検査日時 : _____

検査内容 : _____

同意日: 20 年 月 日

患者または代理人(続柄) 署名 _____

上記患者様に対して文書において造影検査について説明しました。

説明日: 20 年 月 日

_____科 担当医 _____

患者さまの窓口負担概算(2019年9月1日現在)

検査内容	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
単純 MRI	¥2,500	¥5,000	¥7,500	¥25,000
造影 MRI	¥4,000	¥8,000	¥12,000	¥40,000
単純 CT	¥2,000	¥4,000	¥6,000	¥20,000
造影 CT	¥3,500	¥7,000	¥10,500	¥35,000
マンモグラフィ	¥650	¥1,300	¥1,950	¥6,500
骨密度(腰椎+大腿)	¥450	¥900	¥1,350	¥4,500

検査費用概算(保険点数 2019年9月1日現在)

検査内容	撮影診断料	造影剤 使用加算	薬剤料	電子画像 管理加算	コンピュータ 断層診断料	画像診断 管理加算	合計
単純 MRI	1600	0	0	300	450	180	2530
造影 MRI	1600	250	1200	300	450	180	3980
単純 CT	1000	0	0	300	450	180	1930
造影 CT	1000	500	800	300	450	180	3230
マンモグラフィ	508	0	0	54	0	70	632
骨密度(腰椎)	360+90(大腿追加)		0	0	0	0	450

使用造影剤は患者さまの体重と検査部位・内容により増減しますので若干薬剤料が変わります

鎌ヶ谷総合病院 案内地図

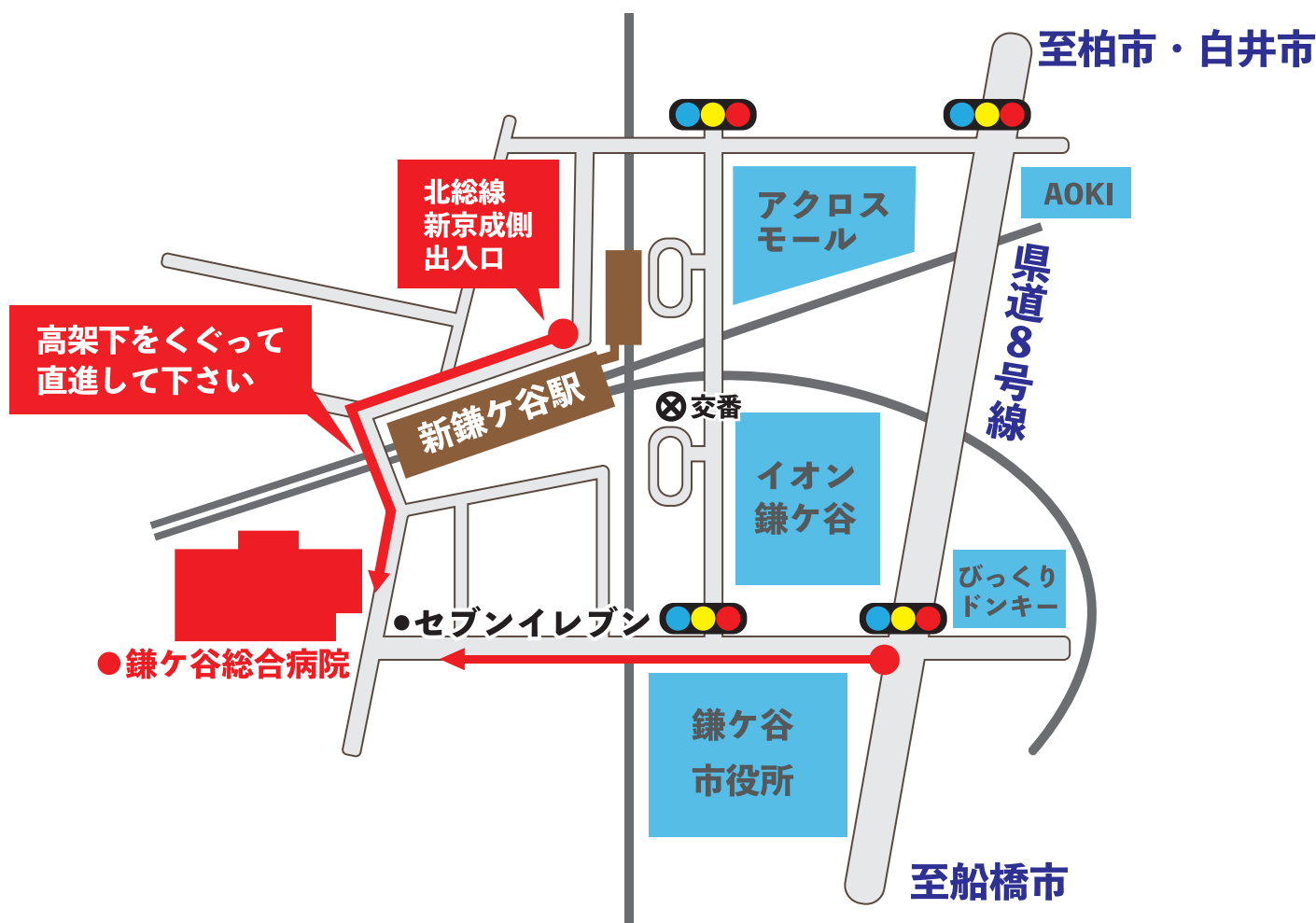
〒273-0121 千葉県鎌ヶ谷市初富 929-6 代表電話 047-498-8111

【お問合せ先】
047-498-8111 (代表)

【公式サイト】
こちらのQRコードからもアクセス頂けます
<https://www.kamagaya-hp.jp/>



※予めお電話や公式サイトで受診方法や外来日をご確認の上でご来院下さい。



【鉄道をご利用の方】

新鎌ヶ谷駅下車、北総線・新京成線改札側の出入口から出て上記地図の矢印に従ってお進み下さい。
近くに『鎌ヶ谷駅』という似通った名称の駅があるため、鉄道をご利用の方はお気をつけ下さい。
尚、病院までの道路は交通量が多いため安全には十分お気をつけ下さい。

【お車をご利用の方】

県道8号線沿いのイオン鎌ヶ谷と鎌ヶ谷市役所を目印にして下さい。
お車は敷地内駐車場をご利用下さい。尚、入庫時に発券される駐車券は車内に置かず、必ずご持参下さい。