

<中央放射線部の検査紹介の手順>

1. CT・MRI・RI検査の検査紹介のご希望
2. 「検査予約依頼書（紹介状）」を中央放射線部の予約専用番号にFAXしてください。 →検査日時の決定を当日中にFAXで回答します。
※改めての紹介状は必要ありません。
3. 造影（CT・MRI）の場合は、紹介元の先生から（患者さんへ）検査概要の説明と同意書の記入をお願いします。 →同意書の右下にサインをお願いします。
4. 検査当日は、（検査時間の前に）総合窓口（正面玄関入り口すぐ）の「初診受付」へ健康保険証をご持参のうえ受付をお願いします。同意書（造影検査の場合のみ）も必ずご持参ください。
5. 同意書を確認し、当日の体調に不安がある場合は、医師の診察を行います。
6. 造影剤の注射・検査実施（CT・MRI）→検査終了後、会計を済ませて帰宅となります。
7. 読影レポートを作成しフィルムと共に郵送でお届けします。（現在読影については外部に委託しております。）

予約専用 FAX 番号（中央放射線部） 0944（53）6947

※お願い：造影（CT・MRI）検査をご希望の方へ

造影検査を実施するには、患者さんの同意書が必要となります。「造影CT検査説明書」、「ヨード系造影剤問診票、同意書」、「造影MRI検査説明書」、「造影MRI検査問診票、同意書」を検査の種類（CTかMRI）に合わせて患者さんにお渡しください。

お手数ですが、紹介元の先生から、検査内容（概要）をご説明頂き、患者さんの同意（検査の意思確認）がとれましたら、同意書の右下（「説明者（医師・看護師）」）の欄に、署名をしていただきますようお願い申し上げます。尚、患者さんにお渡しいただいた同意書は、検査当日にご持参いただきますようお願い申し上げます。改めまして、検査当日のスムーズな対応にご協力いただきますようお願い申し上げます。

造影MRI検査問診票、同意書

造影 MRI 検査問診票、同意書

造影 MRI 検査問診票

該当する項目にチェックして下さい。1、2、3の「あり」を選ばれた方は、記載された項目を○で囲むか、あるいは①②の中に具体的な記入をしてください。

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、腎臓検査、胆膵検査、血管造影、MRI検査）
2. その時、副作用がありましたか？
なし あり（発熱、かゆみ、吐き気、嘔吐、腰痛、その他）
3. 今までに「造影がんとく」といわれたことがありますか？
なし あり
4. アレルギー反応、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：））
5. 現在透析中である、又は腎臓のはたらきが悪い（腰痛、腎不全）といわれたことはありますか？
なし あり

上述の問診票のうち問②から⑤「あり」の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなりますと判断されています。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もございますので、ご了承ください。

造影 MRI 検査同意書

該当する項目にチェックして下さい。

大牟田市立総合病院院長 殿

私は、造影 MRI 検査について説明を受け、検査実施の目的を十分に理解し、また緊急時の処置が必要となった場合にも、適切に処置されることをご承諾いたします。同意書の記載には相違ありません。

私は、造影 MRI 検査について説明を受けましたが、同意書にサインすることを拒否いたします。

平成 年 月 日

署名 患者氏名
職名
（医師・看護師）
説明者（医師、看護師）

2

ヨード系造影CT検査、同意書

ヨード系造影剤問診票、同意書

ヨード系造影剤問診票

該当する項目にチェックして下さい。1、2、3の「あり」を選ばれた方は、記載された項目を○で囲むか、あるいは①②の中に具体的な記入をしてください。

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、腎臓検査、胆膵検査、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（発熱、かゆみ、吐き気、嘔吐、腰痛、その他）
3. 今までに「造影がんとく」といわれたことがありますか？
なし あり
4. アレルギー反応、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：））
5. 現在透析中である、又は腎臓のはたらきが悪い（腰痛、腎不全）といわれたことはありますか？
なし あり
6. 次の病歴といわれたことがありますか？
なし あり（多発性骨髄腫、腎臓結核、甲状腺機能亢進症）

上述の問診票のうち、問②から⑤「あり」の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなりますと判断されています。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もございますので、ご了承ください。

ヨード系造影CT検査同意書

該当する項目にチェックして下さい。

大牟田市立総合病院院長 殿

私は、ヨード系造影剤検査について説明を受け、検査を受けようとするに同意いたします。また緊急時の処置が必要となった場合にも、適切に処置されることをご承諾いたします。同意書の記載には相違ありません。

私は、ヨード系造影剤検査について説明を受けましたが、同意書にサインすることを拒否いたします。

平成 年 月 日

署名 患者氏名
職名
（医師・看護師）
説明者（医師、看護師）

2

① 同意書の該当する項目にチェックをお願いします。

② 署名の説明者（医師・看護師）欄にサインをお願いします。