

<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CD-R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。後に掲載している「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。※造影CTの場合、造影MRIの場合をご使用ください。

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

該当する項目にチェックして下さい。1、2、4の「あり」を調べた方は、記載された項目を○で囲むか、あるいは1、2、4の「あり」の欄に具体的な記入をしてください。

1. 今まで、造影剤注射、造影剤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、胆嚢検査、血管造影、MRI検査
2. その他、副作用はありませんか？
☐なし ☐あり：アレルギー、嘔吐、めまい、頭痛、その他（ ）
3. 今までに造影剤（造影剤）と似たような症状がありましたか？
☐なし ☐あり
4. アレルギー疾患、アレルギー性の病歴がありますか？
☐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（薬名： ）
食物のアレルギー（食物名： ）
その他（ ）
5. 現在透析中である、又は腎臓のはたらきが悪い（腎臓、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1、2、4から「あり」の項目に当てはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が低くならないと判断されています。このような場合には、検査前日医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

造影MRI検査同意書

検査内容（概要）をご説明頂き、検査前日医師の指示に従い、造影検査を受けることに同意いたします。また副作用の発生がなかった場合にも、適切な処置を受けることに同意いたします。造影剤の副作用に同意いたします。

☐ 私は、造影MRI検査について説明を受け、造影検査を受けることに同意いたします。また副作用の発生がなかった場合にも、適切な処置を受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

署名 患者氏名
職業
（関係者・未成年者の場合）親類
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CT検査問診票、同意書

該当する項目にチェックして下さい。1、2、4の「あり」を調べた方は、記載された項目を○で囲むか、あるいは1、2、4の「あり」の欄に具体的な記入をしてください。

1. 今まで、造影剤注射、造影剤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、胆嚢検査、血管造影、MRI検査
2. その他、副作用はありませんか？
☐なし ☐あり：アレルギー、嘔吐、めまい、頭痛、その他（ ）
3. 今までに造影剤（造影剤）と似たような症状がありましたか？
☐なし ☐あり
4. アレルギー疾患、アレルギー性の病歴がありますか？
☐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（薬名： ）
食物のアレルギー（食物名： ）
その他（ ）
5. 現在透析中である、又は腎臓のはたらきが悪い（腎臓、腎不全）といわれたことはありますか？
☐なし ☐あり
6. 別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、褐色細胞腫、甲状腺機能亢進症

上述の問診票のうち、1、2、4から「あり」の項目に当てはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が低くならないと判断されています。このような場合には、検査前日医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

ヨード系造影CT検査同意書

検査内容（概要）をご説明頂き、検査前日医師の指示に従い、造影検査を受けることに同意いたします。また副作用の発生がなかった場合にも、適切な処置を受けることに同意いたします。

☐ 私は、ヨード系造影CT検査について説明を受け、造影検査を受けることに同意いたします。また副作用の発生がなかった場合にも、適切な処置を受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

署名 患者氏名
職業
（関係者・未成年者の場合）親類
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。