

沖縄県立中部病院 機器共同利用申込書 (CT・MRI・骨塩定量・脳波・心エコー・RI)

依頼日: 年 月 日

沖縄県立中部病院 地域医療連携室 宛

【依頼医療機関】(ゴム印等使用可)

沖縄県うるま市字宮里 281

TEL:098-973-4111(代表) 098-982-6567(直通)

FAX:098-982-6568(直通)

医療機関名:

所在地:

TEL:

FAX:

ご連絡担当者:

～申し込みにあたって～

全ての項目に目を通し、☒をご記入下さい。

[検査者情報]

フリガナ 患者氏名	_____様	性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	_____年 _____月 _____日 (_____)歳		
〒	_____	電話番号	_____ - _____
住 所	_____		
検査希望日	_____年 _____月 _____日 (_____ 時頃)		

※共同利用申込書(本票)とは別に診療情報提供書の作成をお願いします。

[傷病名]	[検査目的] ☐ 一般検査 ☐ 精査目的 ☐ 二次検診 ☐ 術前検査 ☐ 術後検査 ☐ 健康診断 ☐ スクリーニング ☐ 臨床研究 ☐ その他
-------	--

検査結果のお渡し方法 ☐紹介元(貴院)へ郵送希望 ☐患者さんへお渡し希望

※当日の患者さんへのお渡しは原則 CT のみです。

※患者さんの過失による検査結果の再発行は保険適用外料金(10割負担)となります。予めご了承ください。

※検査共通情報(体内金属・インプラント有⇒撮影できない場合があるので、MRI 可能か事前確認をお願い致します)

★インプラント: ☐無 ☐有(部位によっては検査できません)

★アレルギー: ☐無 ☐有(喘息の方は原則禁忌です(造影))

★妊娠: ☐無 ☐有 ★人工呼吸器: ☐無 ☐有(機器共同利用として検査できません)

★心臓ペースメーカー: ☐無 ☐有 ★鎮静: ☐不要 ☐要(機器共同利用として検査できません)

(MRI は条件付き MRI 対応ペースメーカー使用の場合、条件付き MRI 対応カードのコピー添付が必須です)

☐CT 検査: ☐頭部 ☐頸部 ☐胸部 ☐胸腹部(胸～骨盤) ☐腹部(肝～骨盤)

造影: ☐無 ☐有(放射線科医の判断で造影剤使用を中止することもあります) ※1

造影剤を使用する場合⇒★腎機能障害: ☐無 (Cre 値 _____) ☐有

☐患者さんへの検査の説明を行い、検査の同意を得た。(貴院にて説明後チェックを記入ください)

☐MRI 検査: ☐頭部(脳・頸部) ☐脊髄 ☐胸部 ☐腹部 ☐骨盤 ☐四肢(部位 _____)

造影: ☐無 ☐有(放射線科医の判断で造影剤使用を中止することもあります) ※1

造影剤を使用する場合⇒★腎機能障害: ☐無 (Cre 値 _____) ☐有

★手術歴: ☐無 ☐有 ★刺青: ☐無 ☐有 ★感染症: ☐無 ☐有 ★閉所恐怖症: ☐無 ☐有 ※2

☐骨塩定量: ☐腰椎+大腿骨 (身長: _____ cm 体重: _____ kg)

☐生理機能検査: ☐脳波 ☐心エコー ※3 (金曜のみ対応)

☐RI(核医学検査): 検査項目 (_____)

※ 検査共通情報はいずれの検査においてもご記入をお願いします。

※ 1 造影検査の場合は「造影検査同意書」と「造影検査説明書」を確認し検査当日の持参をお願いします。

※ 2 閉所恐怖症の場合は安定剤(経口のみ)を紹介元(貴院)にて処方後、検査当日の持参をお願いします。

※ 3 「生理機能検査」の詳細は「医療機器共同利用受け入れ一覧」の留意事項をご確認ください 2025.04.25 版

(生年月日 年 月 日)

造影剤検査同意書



臨床診断名	
検査・処置名	造影剤検査
説明医師/立会医療者	/
説明年月日	

現在の病状および検査、処置の必要性とその内容、これに伴う合併症ならびに今後の見込みについて別紙説明書の通り十分な説明を受け、理解しました。つきましては、検査・処置等を含めて、上記実施中に必要な操作と治療に必要なすべての処置をお願いいたします。

このたびの検査・処置に関して、緊急の場合を除いて、追加の処置または変更をする必要がある場合には、改めて担当医師より説明を受けるものとします。

同意した内容についてはいつでも撤回できます。患者様に最終的な決定権があり、十分な説明と同意を元に最善の治療を提供します。

検査・処置・手術予定日
(予定日は病状などにより前後することがあります)

沖縄県立中部病院 病院長 殿

患者様ご本人署名(本人が署名が出来ない場合はご家族・代理人が代筆する。その際(代)と末記する)

氏名

同意した年月日 年 月 日

ご家族・代理人署名

氏名 続柄

今回の入院期間中に繰り返し造影 CT 検査の必要が生じた場合は、この同意書を持って実施することに同意いたします。

* 患者様本人が署名出来ない場合医師はその理由を選択する。その他の場合は状況を記載する。

- ☐ 意識障害 ☐ 小児の場合 ☐ 判断能力に支障がある
☐ その他 ()

造影剤検査説明書

臨床診断名	
手術・検査・処置名	造影剤検査

この検査では、ヨード性造影剤を血管内に注射します。造影剤を血管内に注射する検査は、全国で毎年、数百万人以上の患者さんに広く行われています。以下の質問項目にお答えの上、同意書をご記入下さい。

1. 以前に造影剤を用いた検査を受けたことはありますか？

☐ なし ☐ あり

→いつ頃どのような検査でしたか？

その時副作用はありましたか？

☐ なし ☐ あり

→どのような症状でしたか？

2. あなたはアレルギー体質（蕁麻疹、喘息、花粉症、薬物や食べ物など）ですか？

☐ なし ☐ あり

→どのようなアレルギーですか？

3. 以下のような疾患がある場合には、造影剤は慎重に投与しなければいけません。

下記の中に該当する疾患はありませんか？

☐ なし ☐ あり

→下記の該当するものをマルで囲んで下さい。

(☐ 一般状態の極度に悪い方 ☐ 気管支喘息 ☐ 腎疾患 ☐ 重篤な心疾患や肝疾患
☐ 急性膵炎 ☐ マクログロブリン血症 ☐ 多発性骨髄炎 ☐ テタニー
☐ 褐色細胞腫 ☐ 重症筋無力症 ☐ 発作性夜間血色素尿症 ☐ 重症糖尿病など)

4. 造影剤の副作用及び合併症についての説明（日本医報会誌Vo1.52.9.'92より）

① 副作用を確実に予知できる方法は現在ありません

② 非イオン性ヨード造影剤の注射時における副作用及び合併症

すべての副作用3%（40人に1人）

軽症（治療を必要としないもの）：熱感、吐き気、嘔吐、かゆみ等2～3%

重症：呼吸困難、血圧低下、意識消失、心停止など0.004%（25000人に1人）

死亡0.0002%（50万人に1人）

造影剤の血管外漏出0.04%（2500人に1人）

まれに漏れた量が非常に多い場合は、外科的な処置が必要となることもあります。

③ 副作用のほとんどは造影剤注入時および注入開始後5分以内に生じます。異常を感じたら直ちに申し出て下さい。速やかに対処します。

④ 副作用は検査終了後、約1時間ないし数日たってから起こることが稀にあります。治療を必要としないことがほとんどですが、気になることがありましたら当院救急室、主治医又は放射線科にご連絡下さい。