

記入日： 年 月 日

医療法人公仁会

# 姫路中央病院 MRI・CTの診療情報提供書

【放射線科直通 TEL：079-235-7375 FAX：079-235-7377】

※ 受診当日は本状を持参してください。

医療機関名：

診療科名：

TEL：

医師氏名：

FAX：

希望日	第1希望 年 月 日 AM・PM ( 時)	希望日備考欄
	第2希望 年 月 日 AM・PM ( 時)	
受診者 情報	フリガナ：  氏名： 性別：男・女 生年月日： 年 月 日生 ( 歳) 連絡の取れる電話番号：	今までに姫路中央病院を受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
	どちらかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。※ CT・MRIは同日検査はできません。 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI ※ 心臓ペースメーカー・除細動器を装着されている方のMRI検査・CT(胸部)検査はできません。 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純 + 造影	
検査内容	造影検査時 記載下さい	eGFR測定日： 年 月 日 ※ 直近3ヶ月以内に測定ください。 eGFR値 ( ) mL/分/1.73m <sup>2</sup> (基準値30未満の場合、造影検査はできません。) ※ 問診票記載内容や当日の体調によっては、造影剤の使用を控えることがあります。
	【撮影部位】 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腹部全体 <input type="checkbox"/> 骨盤腔(子宮卵巣・膀胱・前立腺) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢・関節 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	傷病名：	
	検査目的・臨床症状などを具体的に記入してください。	
感染歴	<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Wa氏 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
結果	CDR・読影結果は2～3診療日中に郵送します。 その他希望がありましたら、記入してください。 ( )	

2025年4月改訂

文管外-A-000006

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

## CT検査を受けられる方へ

患者番号： \_\_\_\_\_

様

あなたの検査日時は、 \_\_\_\_\_ からの予定です。

検査当日は、予約時間の30分前に受付を済ませてください。

遅れますと検査が出来ないことがあります。

※緊急対応、検査内容などにより、検査が予約時間より遅れることがありますので、ご了承ください。

また、万が一故障などの場合は日を改めてお越し頂くことがありますので、ご了承ください。

CT検査とは、CT装置の中心にある大きな穴に体を入れて、  
エックス線をあて、体の中の様子をコンピュータで処理し  
画像化する検査です。主に体の輪切りの写真が撮影できます。



### 《検査を受けられる方へ》

以下の注意事項をお読み頂いて、検査にご協力いただきますようお願いいたします。

#### ※注意事項

- 当日の服装はボディースーツや金属様の飾りのある服はさけてください。  
湿布、カイロ、エレキバン等は検査前に外してください。
- ペースメーカーや除細動器を装着されている方は、必ず申し出ください。
- 妊娠中及び妊娠の可能性がある方はお申し出ください。
- 食事について  
□ 食事は摂ってもかまいません。  
□ 時から絶食して下さい。水分はとってください。
- 糖尿病で絶食の方は低血糖予防のため糖尿病の薬は内服しないでください  
インスリンの注射もしないでください。  
高血圧・心臓病・抗けいれん剤・その他必要な薬は必ず  
検査当日の朝6時までには内服してください。

### 《検査中のお願い》

- 検査中は痛みをともないませんので、体を動かさないでください。
- 検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話できますので、  
ご安心ください。

ご都合によりご来院出来ない場合、またはご不明な点がございましたら、  
下記代表番号に、8：30～17：15の間にご連絡ください。



医療法人公仁会 姫路中央病院

〒672-8501 姫路市飾磨区三宅2丁目36番地

TEL：079-235-7331（代）

# 造影CT検査をお受けになる方へ

CT検査を安心して受けて頂くための簡単な説明です。検査を受けられる前に必ずお読みください。

## 1. 造影CT検査をお受けになる方へ

- ☆造影剤は、検査する部位（臓器）をより詳しく調べる目的で使用する薬です。
- ☆検査中は数回息を止めて頂きます。
- ☆造影剤を注射すると体の中が熱く感じますが、しばらく経過すると治まります。
- ☆副作用は少ない薬ですが、検査中に気分が悪くなった場合には、必ずお知らせください。

## 2. 造影CT検査をお受けになる前に

- ☆水やお茶など水分はお飲み頂いて結構です。
- ☆検査当日の食事については医師にお尋ねください。
- \*糖尿病の薬を服用している方は、医師にお申し出ください。
- \*その他、服用中の薬については医師の指示がない限り、通常通り服用してください。

### 〈次に該当する方は、必ず事前にお知らせください〉

- ☆過去に造影剤を使用した検査を受けたことがあり、その際気分が悪くなった。
- ☆アレルギー(気管支喘息、花粉症・食物・薬などによるじんましん、アトピー体質)がある。
- ☆心臓病、肝臓病、腎臓病、糖尿病、甲状腺などの病気がある。
- ☆ペースメーカーを入れている。
- ☆妊娠している、または妊娠の可能性がある。

## 3. 検査前の準備

- ☆金属は検査の妨げになる場合がありますので、金属の付いた服や下着、貴金属などを外して頂くことがあります。
- ☆血圧を測り、腕から造影剤を入れるために静脈に針を留置します。

## 4. 検査開始・検査中のお願い

- ☆ベッドに仰向けに寝て、体の力を抜いてリラックスしてください。
- ☆検査時間は、検査部位によって異なりますが、約5～15分程度です。
- ☆検査中は、体を動かさないでください。
- ☆検査中は、検査担当者とマイクを通していつでも会話できますのでご安心ください。

## 5. 検査終了後は？

- ☆食事は普通通りお取りください。普段通りの生活を送ってください。
- ☆検査結果は、主治医が説明致します。
- ☆造影剤は尿として排泄されます。排泄を促進させるため、水分（お茶、水など）を多めに  
お取りください。なお、水分を制限されている方は主治医にご相談ください。
- ☆検査終了後、数時間から数日後に、頭痛、はきけ、かゆみ、じんましんなどの症状が  
現れることがあります。何か症状がみられましたら病院にご連絡ください。



医療法人公仁会 姫路中央病院

〒672-8501 姫路市飾磨区三宅2丁目36番地

TEL：079-235-7331（代）

# 造影剤使用のための問診票

記載日： 年 月 日

ID： \_\_\_\_\_

様

(性別： ) (年齢： )

チェック項目		医師 サイン	技師 チェック
1. 造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ ①その検査は、いつ頃、どのような検査でしたか？( 年 月頃) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 腎盂尿管造影・胆のう造影 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> その他検査	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>
②検査中または検査後に次の症状が出たことがありますか？ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどのイガイガ感 <input type="checkbox"/> 胸が苦しくなった <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>
2. 注射や薬で気分が悪くなったり、じんましんが出たことがありますか？ それはどんな薬ですか？ ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>
3. アレルギー体質や次のアレルギー性疾患にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物( ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>
4. 次の病気にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 骨髄腫 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 また上記の病気で薬を飲まれていますか？ どのような薬を飲まれていますか？ ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>
5. ペースメーカーを入れていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>
6. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>
7. 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>
8. 体重を教えてください。(体重： k g)			<input type="checkbox"/>
記載者名	電話番号		<input type="checkbox"/>

〈医療従事者記入欄〉			
1. ビグアナイド系糖尿病治療薬を服用していますか？(ヨード造影剤使用時に確認)		医師 サイン	技師 チェック
<input type="checkbox"/> メトグルコ錠 <input type="checkbox"/> メタクト配合錠 LD <input type="checkbox"/> メタクト配合錠 HD	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> メトホルミン塩酸塩錠 <input type="checkbox"/> メトアナ配合錠 LD <input type="checkbox"/> メトアナ配合錠 HD	<input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> グリコラン錠 <input type="checkbox"/> エクメット配合錠 LD <input type="checkbox"/> エクメット配合錠 HD	説明		
<input type="checkbox"/> ジベトス錠 <input type="checkbox"/> ジベトンS腸溶錠 <input type="checkbox"/> イニシンク配合錠			
2. 次の薬を服用していますか？ <input type="checkbox"/> β遮断薬(心臓病・高血圧薬)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/>
3. 直近測定日(検査日の3ヶ月以内)： 年 月 日 <input type="checkbox"/> eGFR値： mL/分/1.73m <sup>2</sup> (基準値：30以上)			<input type="checkbox"/>

検査日： 年 月 日

アレルギー対応指示	医師サイン	看護師サイン	技師サイン
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			