

CT予約用紙・保護者同意書および注意事項 (本人様お控え)

検査予約日時は 年 月 日 [曜日] 時 分 です。

- ・当日は受付処理のため20分前までにお越しください。保険証(マイナ保険証)と予約用紙(本用紙)と検査依頼書(京都久野病院宛)を必ずご持参し受付に提出してください。

患者様氏名
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)
日中連絡先(TEL) () -

保護者(親権者)同意欄 ※17歳以下の場合はご記入ください。
左記患者が本検査を受けることに同意いたします。
同意者氏名(署名または印):
続柄: □父 □母 □未成年後見人 □その他 ()
記入日: 年 月 日

※保護者(親権者)同意欄にご記入がない場合、当日確認のお時間をいただくことがございます。

※保護者(親権者)同意欄の続柄「その他」をご選択の場合は、事前に京都久野病院放射線課までご相談ください。

検査の注意事項 ※安全に検査をお受けいただくために、下記の注意点にご協力ください。

●ご来院について

- ・検査は予約制になっていますので検査の取り消しや、変更などの場合は早めに(075)541-3136までご連絡ください。

●当日の諸注意

- ・腹部、骨盤腔、造影検査のある方は、検査の4時間前から絶飲食してください。お茶や水は飲んでいただいて結構です。
- ・泌尿器(膀胱、前立腺、子宮、卵巣)の検査の方は、検査1時間前より排尿はお避けください。
- ・処方されているお薬の服用に関しては主治医に確認してください。
- ・検査の都合により検査開始時間が若干遅れる場合がありますのでご了承ください。
- ・お車などのご利用は混雑が予想されるため、なるべく公共交通機関をご利用ください。

●CT検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください

- ・心臓ペースメーカー、埋込式除細動器を装着している。 いいえ ・ はい

「はい」の場合、装着されている種類により「X線照射禁忌」の場合は原則禁忌です。ご確認をお願いいたします。

また、当院でも確認させていただきますので、必ずペースメーカー手帳など種類の分かるものをご持参してください。

- ・妊娠している。(妊娠の可能性がある) いいえ ・ はい

「はい」の場合、胸部、腹部、骨盤腔の撮影は控えさせていただいております。

●造影剤使用について

- ・検査内容により造影剤という血管や臓器を明瞭にするための薬を注射しますが、まれにかゆみ、じんましんなどの副作用が出る場合があります。また、ごくまれに血圧低下など強い症状がでることもあります。その場合には副作用に応じて必要と判断した処置を実施いたします。当日に詳細な問診を行います。ご質問のある方は技師にお問い合わせください。
- また、感染症(肝炎・HIV・梅毒など)がある方や現在、授乳中の方は技師にお伝えください。
- ・造影剤使用中は指先に機器を装着して体の酸素濃度を測定します。ジェルネイルや、濃いマニキュアがあると測定できない場合がありますので、事前に除去してご来院ください。

<交通機関> JR 奈良線 稲荷駅下車 北へ 500m
京阪 伏見稲荷駅下車 東北へ 500m
京阪 鳥羽街道駅下車 東南へ 300m

医療法人社団 育生会 京都久野病院

〒605-0981 京都市東山区本町22丁目500番地
TEL(075)541-3136 放射線課 内線(1116)
FAX(075)561-8401



診療情報提供書 CT検査依頼書 (京都久野病院宛)

受信者情報						「京都久野病院ID」以外の項目は全てご記入ください						申込日		年	月	日			
フリガナ 氏名						様 男・女						紹介元医療機関名 診療科 主治医 電話番号（ ）－							
大・昭・平・令						年 月 日生						才							
患者様住所電話番号		(〒) (日中連絡のつくところ)																	
検査日時		年 月 日						午前午後		時 分		京都久野病院 ID							
主訴又は病名										症状及び検査目的									
手術歴																			
検査部位・指示										【 撮影方法についてのご指示はこちらにご記入下さい 】									
☐ 脳 ☐ 副鼻腔 ☐ 中耳・内耳 ☐ 甲状腺 ☐ 肺(上野・中野・下野) ☐ 縦隔 ☐ 上腹部(肝・胆・膵・腎)										☐ 骨盤腔(子宮・卵巣・前立腺) ☐ 全腹部(肝から骨盤腔) ☐ 肺から上腹部 ☐ 肺から骨盤腔 ☐ 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) ☐ その他 ()									
										☐ 単純のみ ☐ 造影のみ ☐ 単純＋造影									

CT検査のチェックリスト(有りの場合で安全性が確認できないときは検査を受けられないこともあります)

- | | | | | |
|------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| ・心臓ペースメーカー | ☐ | 無 | ☐ | 有 注)「X線照射禁止」の種類の場合は原則禁忌です。ご確認をお願いいたします。 |
| ・妊娠 | ☐ | 無 | ☐ | 有 注)胸部、腹部、骨盤腔の撮影は控えていただいております。 |

造影検査の場合は下記のチェックリストについても確認して下さい。「有」の場合は原則禁忌です。

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| ・アレルギー | ☐ | 無 | ☐ | 有 |
| ・授乳中 | ☐ | 無 | ☐ | 有 |
| ・気管支喘息 | ☐ | 無 | ☐ | 有 |
| ・造影検査にて副作用があった | ☐ | 無 | ☐ | 有 |
| ・甲状腺疾患の治療中 | ☐ | 無 | ☐ | 有 |
| ・ヨード造影剤又はヨード過敏症 | ☐ | 無 | ☐ | 有 |
| ・腎臓の病気 | ☐ | 無 | ☐ | 有 |
| クレアチニン値測定 mg / dl (必ずご記入ください)
注) クレアチニン値が 1.5 mg / dl 以上の場合は原則禁忌です。
注) ビッグアイド系のお薬を服用中の場合は原則禁忌です。 | | | | |
| ・糖尿病の治療中である | ☐ | 無 | ☐ | 有 |

注) 造影検査の場合は撮影部位に関わらず4時間前から絶飲食をお願いします。(水、お茶は飲むことが可能で

注) 腹部領域撮影は4時間前から絶飲食。骨盤腔領域は1時間前から排尿禁止をお願いします。

注) 当院でのチェックや患者様の状態により検査が実施または続行できない場合がありますので御了承ください。