

# 高村病院 CT検査予約要項

## 検査予約方法（検査予約～結果報告までの流れ）

### ① ファックス（CT検査予約票）でのご予約をお願いします。

**FAX : 072 - 939 - 0599**

- \* ご予約のファックスは、月～土曜日（日祝日除く）9時～17時でお願いいたします。
- \* 『①診療情報提供書・検査依頼票』に記載後、ファックスにて送信してください。
- \* 送信後、高村病院までファックス送信完了のお電話をお願いいたします。

**TEL : 072 - 939 - 0099**

- \* 依頼ファックス受信後、当院にて検査日時決定後、検査依頼医へファックスさせていただきます。
- \* 検査依頼所定用紙は、高村病院ホームページよりダウンロードをお願いします。
- ・ダウンロード方法

ホームページ ⇒ 医局・各部課ご紹介 ⇒ 放射線科 ⇒ ダウンロード

**<https://www.shouenkai.or.jp>**

上記よりダウンロードが無理な場合は、当院までお電話ください。ファックスさせていただきます。

※ 急を要する際は、上記内容外でも、放射線科にご相談ください。

**TEL : 072-939-0099 内線（1131）**

- \* 人員の都合上、即座にお電話での対応ができない場合があります。ご了承ください。

### ② 患者さまに以下のご説明をお願いいたします。

- \* 検査の説明と必要性（インフォームドコンセント）
- \* 造影剤使用検査時の問診。（指定用紙あり）
- \* 造影剤使用時（骨盤腔造影時も含む）の前処置について。  
（検査3時間前より絶食。水分摂取可。）
- \* 腹部、腹部造影検査時の前処置について。  
（検査6時間前より絶食。水分摂取可。脂肪分の摂取不可。）
- \* 骨盤部検査時の前処置について。（検査1時間前よりの畜尿。）
- \* 当日、お持ちいただくもの。  
保険証、『①診療情報提供書・検査依頼票』、『②CT検査予約票』、  
『③造影検査における造影剤投与に関する説明及び同意書』
- \* 検査当日は15分前までに、1階受付までお越しください。

### ③ お渡しください。

- \* 患者さまに『①診療情報提供書・検査依頼票』と『②CT検査予約票』をお渡しください。  
（造影検査の際は『③造影検査における造影剤投与に関する説明及び同意書』もお渡しください。）

#### ④ 結果報告について

- \* 3日程度で結果を報告させていただきます。
  - \* 通常、検査画像はメディア（CD/DVD）にて患者さまにお渡しします。検査所見は、郵送となります。
  - \* 所見不要の場合  
検査終了後、メディア（CD/DVD）にて患者さまにお渡しいたします。
  - \* 所見要の場合  
検査終了後、メディア（CD/DVD）にて患者さまにお渡しいたします。  
所見がつき次第、結果は郵送させていただきます。また、ご希望によりFAXもさせていただきます。
- ※ 急を要する際は、上記内容外でも、放射線科にご相談ください。

#### 検査・検査中の連絡対処について

- \* 撮影中に不測の事態や確認等の必要が生じた場合には、当院の方で対処させていただきます。対処後、検査依頼医への連絡および経緯報告をさせていただきます。

【問い合わせ】

#### 医療法人 昌円会 高村病院 放射線科

住 所 大阪府羽曳野市恵我之荘3-1-3

電 話 072-939-0099（内線1131）

※ 人員の都合上、即座にお電話での対応ができない場合があります。ご了承ください。



## 1. 検査・撮影目的

・X線減弱率を利用し、その内部構造や病変を形態的・機能的に把握する。

## 2. ご依頼前の注意点

- \* 撮影依頼にあたりましては、撮影患者さまが妊娠可能な女子である場合には必ず**妊娠の可能性がない事**をご確認の上、撮影依頼をお願いします。
- \* 患者さまには主治医による十分なインフォームドコンセントをお願いします。  
(検査の内容と必要性 (特に患者さまが若年層の場合など) )
- \* 患者さまの状態により撮影できない場合や、適切な画像が得られない場合があります。  
(その場合は後述の『検査・撮影中の連絡対処について』の項に従って対処させていただきます。)
- \* 月曜日から金曜日の9:00～17:00  
土曜日の9:00～11:30が検査稼働時間となっております。

①

# 診療情報提供書

〒583-0886 大阪府羽曳野市恵我之荘3-1-3 FAX 072-939-0599  
医療法人 昌円会 高村病院 担当医 侍史

紹介元	医療機関名	住所
	医師氏名	電話番号 - ( ) - FAX番号 - ( ) -

患者さま情報

患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月頃
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( ) 歳	患者様 (自宅)	- -	
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり	連絡先 (携帯)	- -	
家族付き添い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 認知症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	身長	cm	体重 kg
		その他		

## CT検査依頼票

検査希望日時①	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
検査希望日時②	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分

臨床診断 検査目的	
現病名・既往歴	
アレルギー・ 感染症	

**検査目的 (1回の検査で1部位のご依頼とさせていただきます。)**

☑ を 入 れ て く だ さ い	頭 部	<input type="checkbox"/> 全 脳	<input type="checkbox"/> 眼 窩	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 副鼻腔		
	脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 胸 椎	<input type="checkbox"/> 腰 椎	<input type="checkbox"/> 仙尾骨		
	頸 部	<input type="checkbox"/> 咽 頭	<input type="checkbox"/> 喉 頭	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 耳下腺		
	胸 部	<input type="checkbox"/> 縦 隔	<input type="checkbox"/> 肺 野				
	腹 部	<input type="checkbox"/> 肝臓～骨盤	<input type="checkbox"/> 肝臓～腎臓	<input type="checkbox"/> 胆 嚢	<input type="checkbox"/> 腎 臓	<input type="checkbox"/> 副 腎	
		<b>* 腹部検査の場合、患者さまは検査6時間前より絶食をお願いします。</b>					
		<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> DIC-CT				
	四肢・関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	肩関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	肘関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	手関節
		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	股関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	膝関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	足関節
	その他の部位	<input type="checkbox"/>					
造影剤	<input type="checkbox"/> 不 要 <input type="checkbox"/> 要	<b>* 造影剤要の場合、患者さまは検査3時間前より絶食をお願いします。</b>					
所見の有無	<input type="checkbox"/> 不 要 <input type="checkbox"/> 要	受け渡しメディア	<input type="checkbox"/> CD/DVD	<input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> 不 要		

保険者名	
保険者番号	
記号 / 番号	
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族
負担割合	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 割

公費負担番号	
受給者番号	
一部負担割合	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 割
有 効 開 始	年 月 日
期 限 終 了	年 月 日

②

## CT検査予約票

患者氏名	様			生年月日	年	月	日
年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
検査日時	年	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> 午前	時	分
					<input type="checkbox"/> 午後	時	分

①	検査当日は上記予約時間の <b>15分前</b> までにご来院ください。	<input type="checkbox"/>
②	検査当日は保険証、かかりつけ医よりお預かりした書類、予約票等を受付に提出してください。 (当院の診察券をお持ちの方は一緒に提出してください。)	<input type="checkbox"/>
③	予約時間に遅れられますと、検査ができない場合がございますのでご注意ください。	<input type="checkbox"/>
④	<b>検査部位が頭頸部を含む場合、検査当日はお化粧はせずにご来院ください。</b> (化粧品には、金属粒子を含むものが多数あり、検査に影響を及ぼす可能性があります。)	<input type="checkbox"/>
⑤	検査時間は、10分～30分程度です。(検査時間は検査内容により異なります。)	<input type="checkbox"/>
⑥	造影検査を受けられる方は、検査3時間前より絶食をお願いいたします。	<input type="checkbox"/>
⑦	腹部、腹部造影検査を受けられる方は、検査6時間前より絶食をお願いいたします。 (水分は口を潤す程度なら構いませんが牛乳・乳製品等の脂肪を含んだ飲み物はお止めください。)	<input type="checkbox"/>
⑧	骨盤部検査を受けられる方は、1時間前からの畜尿をお願いいたします。	<input type="checkbox"/>
⑨	検査中は、せき、くしゃみはしないでください。(常時、症状が出る方は検査ができません。)	<input type="checkbox"/>
⑩	妊娠中、もしくは妊娠の可能性がある方は必ず、主治医およびCT室担当者にお申し出ください。	<input type="checkbox"/>
⑪	次に該当する物は、撮影時に外していただきます。 1 磁気を帯びたもの : エレキバン、定期券等 2 金属類 : 時計、ライター、ヘアピン、入れ歯、指輪、ピアス、ネックレス等	<input type="checkbox"/>

その他のご質問等ございましたら下記時間内に放射線科にお問い合わせください。

## 【連絡先】

医療法人 昌円会 高村病院 放射線科

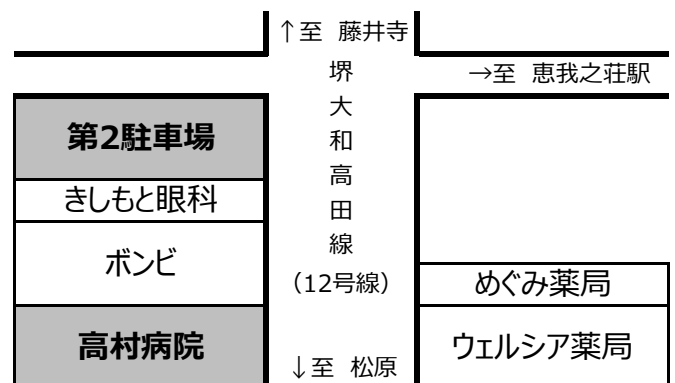
受付時間 月～土曜日 9時～17時  
(日祝日除く)

住所 大阪府羽曳野市恵我之荘3-1-3

電話 072-939-0099 (内線1131)

## 【駐車場のご案内】

※ 駐車券はお帰りの際  
受付にご提示ください。



# 造影検査における造影剤投与に関する説明及び同意書

当院使用欄記入  
しないでください。

ID: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

- ◇造影検査とは、造影剤を血管内に注射して行う紺差で、病変の存在は性状などが詳しく描出され、診断に大変役立ちます。  
検査を行うにあたり、この説明書をお読みになり、ご納得いただけましたら以下にご署名ください。  
なお、ご不明な点はお気軽にお尋ねください。

**医療法人 昌円会 高村病院 TEL : 072 - 939 - 0099 内線 (1121)**

## 1. 禁忌（下記の方には投与しないこと。）

- ・ヨード又はヨード造影剤に過敏症の既往歴のある方
- ・重篤な甲状腺疾患のある方

## 2. 造影剤の副作用

現在の症状や既往歴などに注意しながら安全に検査するように努めておりますが、ごくまれに下記のような副作用が起きることがあります。

軽い副作用（頻度は約1～2%以下）：嘔気、嘔吐、頭痛、発疹、発熱、せきなど。

重い副作用：呼吸困難や血圧低下などのショック反応

## 3. こんな人は特に注意を

副作用が起きやすい要因として**気管支喘息の既往がある方、その他のアレルギー性疾患のある方**は、造影剤の副作用が生じる危険性が高いため、必ず問診時にお伝えください。

問診 以下の項目にお答えください。（該当するところに✓印を記入してください。）

過去に造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
その時に副作用はありましたか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
甲状腺疾患はありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
気管支喘息はありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
今までに薬や食物でアレルギーが出たことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
両親、兄弟でアレルギーの出やすい人はいますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
腎臓が悪いと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

◇造影剤は尿として排泄されますので検査終了後は水分を多めにとるようにしてください。

なお、水分制限されている方は主治医にご相談ください。

問診日 年 月 日

説明者： 医師氏名 \_\_\_\_\_

## 同意書

この度私は、造影検査について、その必要性、方法、期待する成果ならびに起こりうる副作用についての説明を受け、十分に理解し納得したため、検査を受けることに同意いたします。

同意日 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

◇ 同意された場合でも、いつでも撤回することができます。