

★検査当日は、これらの用紙一式を必ずご持参ください★

造影CT検査を受けられる方へ

様

あなたの検査日時は、 月 日 : から の予定です。
検査当日は、開始予定の30分前までにお越しいただき**患者支援センター8番**で受付を
お願いします。その際、**紹介状、保険証、診察券**(あれば)をご持参ください。

※緊急検査等により検査時間が前後する場合がありますので、ご了承ください。
※予約時間に遅れると検査が受けられないことがあります。

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。



1. 検査前のご注意

- 当日の食事 検査の4時間前までに消化の良い軽食程度は可能です。
当日の内服薬 (朝禁止 ・ 昼禁止 ・ 制限なし)
※検査前は水やお茶などの水分を通常より多めに摂ってください。
- 金属は検査の妨げになることがありますので、ヘアピン、アクセサリ、時計、眼鏡などは
あらかじめはずしておいてください。湿布等もはずしておいてください。
また、ボタンや金属のついた服は着替えていただくことがあります。
- 妊娠している方または可能性のある方は事前に医師または看護師へ必ずお知らせください。

2. 検査中のお願い

- ベッドに仰向けに寝て、体の力をぬ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10～30分程度です。
- 検査中は痛みを伴いませんので、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。

3. 検査後

- 検査終了後は水やお茶などの水分を通常より多めに摂ってください。
- 検査終了後、当院で**お会計**となります。
- 検査依頼元医療機関より画像の入ったCD-Rの受け取りを指示されている場合には、
お会計終了後に放射線科受付にてお渡しいたします。検査依頼元医療機関にご持参ください。

来院できない時は、できるだけ早めに**検査依頼元の医療機関**にご連絡ください。

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

地方独立行政法人新小山市市民病院
〒323-0827 栃木県小山市神鳥谷2251番地1
TEL: 0285-36-0200

造影剤使用のための問診票

記載日：西暦 年 月 日

様 (性別：) (年齢：)

検査を行うための参考といたしますので、下記の質問についてお答えください。
(○で囲んでください。)

- 現在の体重は何kgですか？ [kg]
- 直近3か月以内の腎機能 Cre [] eGFR [] 検査日 []
- 以前に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
無 ・ 有 [CT造影 ・ MRI造影 ・ 血管造影 ・ その他]
有の場合副作用がありましたか？
無 ・ 有 [じん麻疹 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 発赤 ・ その他]
副作用があったのはいつですか？
検査中 ・ 検査後
- 今までに注射や薬で気分が悪くなったり、アレルギー体質と言われたことがありますか？
無 ・ 有 [じん麻疹 ・ ぜん息 ・ 花粉症 ・ アトピー ・
薬剤 () ・ 食べ物 ()]
- 次の病気はありますか？ またはかかったことがありますか？
無 ・ 有 [心臓の病気 (心不全・狭心症等) ・ 乳癌手術 (みぎ ・ ひだり) ・
糖尿病 ・ 甲状腺機能亢進症 ・ 腎臓の病気 ・ 透析中 ・
その他 ()]
- 現在薬を服用していますか？
無 ・ 有 [血圧の薬 () ・ アレルギー () ・
糖尿の薬 () ・ その他 ()]
- 体内に金属がありますか？
無 ・ 有 [ペースメーカー ・ クリップ ・ 人工関節 ・ その他]
- 女性の方へ：現在妊娠またはその可能性がありますか？
無 ・ 有
- その他、お気付きの点やご不明な点がありましたら、ご記入ください。
[]

