

CT検査申込書兼同意書（事前にお電話でのご予約をお願いします）

熊本セントラル病院放射線科予約受付（放射線科直通） TEL：096-285-5473 FAX：096-285-5491

患者情報		紹介元医療機関	
ふりがな 患者氏名 （男・女） 生年月日 年 月 日生（ ）歳		病院名 依頼医	
患者住所	電話番号 （ ）		
検査日時	年 月 日（ ） 時 分 予約時間の30分前（造影がある方は45分前）までの来院をお願い致します。		
検査部位	造影	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
造影の場合、 3ヶ月以内のもの を記入ください	クレアチニン（ ） eGFR （ ） ※採血日 年 月 日	持続血糖測定器 （リブレ等）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※検査当日は はずして来院ください

造影CTでビグアナイド系糖尿病薬を服用中の方は、**検査日前後2日間（計5日間）の休薬**が必要です。
 ※検査当日ご持参いただくもの：診療情報提供書、マイナンバーカード又は資格証明書、
 診察券（お持ちの方）、造影CTの方は3ヶ月以内の採血結果

以下は造影CT検査を受ける方のみお答えください。

今まで造影剤を使って副作用が出たことはありますか。	<input type="checkbox"/> 初めて使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
ぜん息はありますか。		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
（女性の方）現在、妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
甲状腺の病気や腎臓の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> 透析中	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
アレルギーはありますか。（ ）		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
糖尿病の薬を飲んでいますか。（薬の種類によっては休薬が必要）		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
（薬品名： ）			

主治医より検査の必要性に関して説明を受け、内容を理解しました。検査の目的と注意事項、造影剤の副作用について十分理解したうえで検査を受けること、また、検査中予期せぬ事態が発生した場合には、医師が必要と判断した処置を受けることに同意します。

年 月 日

患者様(本人)氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄: _____)

本人が未成年、または署名困難な場合は代筆者が署名してください。
 なお一度同意されてもいつでも撤回することができます。

技師	医師