

連携医各位

2021年4月吉日
聖霊病院 放射線技術科
放射線科医師 鎌田 憲子
技師長 前田 潤

CT・MRI 造影検査 依頼方法について

日頃は、当院検査予約システムをご利用いただき有難うございます。
連携医様からCT・MRIの造影検査をご依頼される際は、造影検査をより安全に行うために、下記2点の書類に必要事項を記入の上、電話予約をして頂く様をお願いします。
検査依頼書（紹介状）に加えて、下記2点の書類を患者様に渡し、検査当日にお持ち頂く様、ご説明をお願いします。

CT・MRI 造影検査 必要書類①②

① 『造影検査同意書』

患者様へ造影検査同意書に書かれている内容を説明し、貴院名と説明医師のサインをお願いします。

患者様が造影検査に同意したら、サインを貰って下さい。

② 『造影検査問診票』

造影検査問診票の【医師・看護師 記入欄】に血清クレアチニンの値とeGFR値（糸球体ろ過量：別紙換算表参照）を記入して下さい。

【患者様記入欄】患者様にご記入をお願いします。

以下の項目に該当する場合は、造影検査をお受けすることは出来ませんのでご了承下さい。

- ・ 必要な書類がない場合、またはサイン等記入漏れがある場合
- ・ 患者様の同意が得られない場合
- ・ 血清クレアチニンの値が不明の場合
- ・ eGFR<60の場合
- ・ 喘息がある場合
- ・ 過去に造影検査で副作用があった場合

また造影CT検査を受ける方で、ビッグアナイド系糖尿病薬を服用している場合は、検査当日～検査後48時間は服用を中止して下さい。

『造影検査同意書』『造影検査問診票』は必要時コピーして頂くか、地域医療連携センターまでご請求下さい。その他不明な点は電話にてお問い合わせ下さい。

聖霊病院 Tel 052-832-1181
地域医療連携センター 内線 5316
放射線技術科 内線 1120