連携医各位

2026 年 4 月吉日

聖霊病院　放射線技術科
放射線科医師　伊藤　雅人
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』はホームページよりダウンロードして頂くか、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