※2　CT・MRI造影検査　予約時のお願い（造影剤使用同意書）について

造影CT・造影MRI検査予約の場合、紹介元の先生から患者さんに造影剤使用について説明して下さい。『造影剤使用同意書』に説明された医師氏名を記載後、患者さんに氏名を記載していただいて下さい。『造影剤使用同意書』は、検査日に持参されるよう患者さんにご説明をお願いいたします。

この部分にチェックがつく場合は、以下の『造影剤使用同意書』が必要になります。

【2】検査予約の場合、以下をご記入下さい。

画像診断	☐ CT　☐ 単純のみ　☐ 単純 ＋ 造影		体内金属（MRIの場合）	☐ 無　☐ 有 → MRI対応か確認して下さい →☐ 確認済
	☐ MRI　☐ 単純のみ　☐ 単純 ＋ 造影		ペースメーカー※1（MRIの場合）	☐ 無　☐ 有 → MRI対応か確認して下さい →☐ 確認済
	希望部位		人工心臓弁（MRIの場合）	☐ 無　☐ 有 → MRI対応か確認して下さい →☐ 確認済
			その他（CT・MRI共通）	☐ 無　☐ 有　例：リブレ（　　）
	⇒『単純＋造影』希望の場合、BUN・クレアチニン・eGFR・アレルギー情報を必ずご記入下さい。検査データは半年以内のものをお願いします。			
	※『単純＋造影』希望の場合でも当日の全身状態や血液検査の結果等により当院検査担当医師の判断で単純撮影のみに変更になる場合があります。			
	BUN（　mg/dl　年　月　日）・クレアチニン（　mg/dl　年　月　日）・eGFR（　mL /min/1.73㎡　年　月　日）			
	薬物アレルギー　☐ 無　☐ 有　※有の場合は、薬物名を記入（　　）			
	気管支喘息　☐ 無　☐ 有			
	糖尿病（CT造影の時）　☐ 無　☐ 有　※有の場合は、薬物名を記入（　　）			
	☐ RI　☐ 骨シンチ　☐ 脳血流シンチ　☐ その他			

『造影剤使用同意書』の種類について

○造影CT検査の場合

→ホームページにて、造影CT検査同意書等一式をプリントアウトして下さい。

○造影MRI検査の場合

→ホームページにて、造影MRI検査同意書等一式をプリントアウトして下さい。

★MRCP検査の場合は、「ボースデル内用液10」の説明用紙をご利用下さい★

ご不明な点がありましたらお問い合わせ下さい。

問い合わせ先
〒864-0041　荒尾市荒尾2600番地　荒尾市立有明医療センター　患者サポート・医療連携室
TEL：0968-63-1115　内線536　FAX：0968-62-4543
E-mail：bsn@hospital.arao.kumamoto.jp