

# 造影CT検査を受けられる方へ

お名前 \_\_\_\_\_ 様

検査予約日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

○この説明用紙と造影検査の問診・同意書を必ずご持参ください。

○予約時間の30分前までに【 外来1号館1階 紹介患者受付 】にお越しください。

検査前は絶食です。水分（お茶、水など）は通常どおり飲んでください。  
但し、水分をとることを制限されている方は除きます。

午前の方：前日の夕食は21時までにはすませ、起床時より絶食してください。

午後の方：朝食は軽めにし、以後絶食してください。

血圧・心臓の薬は必ず主治医の指示どおり服用してください。

（その他の薬は相談してください。）

## 当日お持ちいただく物

- 診療情報提供書・FAX依頼票（お持ちの方のみ）
- 造影CT検査を受けられる方へ
- 造影検査を受けられる方への問診・同意書
- 保険証・公費受給証など
- 横須賀共済病院診察券（お持ちの方のみ）

## 交通のご案内



- 京浜急行 横須賀中央駅（東口）から徒歩7分
- JR横須賀線 横須賀駅下車 京浜急行3番バス停 米ヶ浜 下車

## 横須賀共済病院建物配置図



- \*ご都合により予約の変更・キャンセルされる場合は予約をお取りになった医療機関へご連絡ください。
- \*駐車スペース（有料）に限りがありますので、できるだけ車でのご来院をお控えくださるようご理解とご協力をお願いいたします。

# 造影検査を受けられる方への問診・同意書

お名前 \_\_\_\_\_ 様

1 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？

ない  ある

2 造影検査を受けたことのある方にお尋ねします。その検査時に副作用と見られる症状はありましたか？

なかった  あった

3 喘息をはじめ、アレルギー性の病気、体質などがありますか？

病名： \_\_\_\_\_

4 腎臓病や腎機能が悪いと言われたことがありますか？

なかった  あった

5 現在の体重お知らせください。

\_\_\_\_\_ k g

同意書は検査当日、担当者にお渡しください。また、検査担当医師の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

## 造影検査同意書

私は造影検査に使用する造影剤の副作用の可能性、別の選択の提示等に関する説明を受け、これを理解した上で、検査を受けることに同意します。また万一副作用が現れ処置が必要な場合、その処置を受けることに同意します。

横須賀共済病院長 殿

年 月 日

(本人または代理人) 氏名：

Ⓜ (続柄)

(自署または記名押印)

<紹介元医療機関記載>

説 明 日 :

医療機関名 : \_\_\_\_\_  
称 :

説 明 医 師 : \_\_\_\_\_

## 造影CT検査をお受けになる患者様へ

造影CT検査前にコップ1杯程度の水分を取っていただくと脱水症状や造影剤による吐き気、腎臓への負担を軽くすることが出来るといわれています。

水分とは、お水かお茶を飲んでください。  
(胃に刺激があるような炭酸類やコーヒーなどは禁止です。)

\*但し、水分をとることを制限されている方は除きます。