

造影検査をご依頼いただく先生へ

造影剤同意書作成についてのお願い

拝啓

時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

平素は当院に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当院に造影検査（造影CT・造影MRI）のご依頼をいただくご施設様には、すべて当院指定の造影剤使用に関しての同意書作成をお願いしております。

ご依頼元の先生にて、造影検査及び副作用についてのご説明を行ってください。

ご説明後、当院指定の同意書に、医師名・検査数値・問診・検査への同意・他記載事項をご記入の上で患者様にお渡しいただき、検査当日に検査依頼書と一緒に持ちいただきますようご案内ください。

誠にお手数ですが、ご協力をよろしくお願い致します。

<ご予約時の確認と事前FAXのお願い>

当院では医療安全の観点からクレアチニン値、eGFR値、副作用歴、喘息の有無についてご予約時の電話にて確認させていただいております。

また、前述の同意書に必要事項をご記入いただいた後、当院に FAX（0742-71-0088） にて記載内容をお送りください。

ご連絡いただいた内容から安全面で問題が見受けられる場合は、検査についてご相談させていただく場合がございます。

事前にご連絡が無かった場合や必要事項への記載が無い場合、検査ができない可能性がございますことご了承ください。

ご不明な点等がございましたらお気軽に当院放射線科までご連絡ください。

敬具

院長 門田 哲也

放射線科技師長 清水 岳史



医療法人 新生会
総合病院 **高の原中央病院** 放射線科
奈良市右京 1-3-3
TEL: 0742-71-1030 (代)
FAX: 0742-71-0088

2025.5 放射線科