造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

		宣影剤を使用	用するCT検査に関	する説明書(阮ク	外紹介用)	
Examination Date 檢查予約日:	20	y/年	m/月	d/∃	Time 予約時間:	
Name of the referring institut	ion 紹介元:	ご施設名:				
Name _{氏名} :			Date of	birth 生年月日	#:	
A medication called an iod ョード造影剤と呼ばれる薬剤を注射してC	line-cont T検査を行い	trast ager います。	nt will be inj	ected duri	ing the CT scan.	
1. Purpose of contrast CT sc	an 造影CT	『検査の目的に	こついて			
Purpose: In addition to norm 目的 通常のCT検査に加え、腫瘍・					tatus of tumor and/or blood vessels more closely.	
2. Adverse reactions, risks ar The two types of side effects f				_	使用による副作用・危険性・合併症について 作用として以下の2つがあります。	
i <immediate adverse="" read<="" td=""><th>ctions A</th><th>即時性副作用]</th><th>></th><td></td><th></th><td></td></immediate>	ctions A	即時性副作用]	>			
These occur immediately a	efter its a	administr	ration (imme	diately aft	ter administration - within 30 minutes).	
· ·				g of hands	and feet and/or cold sweat may occur.	
(Frequency, 1 person in 10						
In addition, severe life three	_	• •	•	yspnea or	shock may occur.	
(Frequency, 1 person in 10		-	•			
-			-		s at the rate of 1 person in 100 thousand to	
200 thousand people. *P 投与後すぐ(投与直後〜30分以内)に起 また、呼吸困難・ショックなど生命に関わる 非常に稀に他の薬剤と同様10万〜20万	こります。嘔吐 る重篤な症状	止・嘔気・頭痛 さが出ることもあ	・発疹・かゆみ・手り ります。(頻度1万)	足のむくみ・冷汗 人~2万人に1 <i>)</i>	干が現れることがあります。(頻度100人〜200人に1人) 人) 場合はお知らせください。	
ii <delayed adverse="" reaction<="" td=""><th>Ong 渥彩</th><th>が 訓作田 ></th><th></th><td></td><th></th><td></td></delayed>	Ong 渥彩	が 訓作田 >				
These occur from 30 minu			s after the a	dministrat	tion of the contrast agent	
		•			daches etc. may occur. In most cases, there	<u>.</u>
	•				if you think you have a symptom that coul	
be an adverse reaction. 造影剤使用後約30分後から数日後に現	れます。		•		が、副作用と思われる症状があれば速やかに病院の方へご連絡く	
3. For patients who need to b	e cautio	us when	using contra	st agent (l	Please inform us, if any of the below is	
applicable) 造影剤を使用することに対し、注意が必動			_	_	,	
1) If you have a history of a	adverse 1	reactions	from contra	st agents.	造影剤の副作用歴のある方	
② If you have a severe thyr	oid dysf	unction.	重篤な甲状腺機能	上障害のある方		
3 If you have kidney probl	ems. 腎臟	(の機能に障害	 手がある方			
4 If you have bronchial ast	.hma. 気管	拿支喘息のある	5方			
(5) If you are taking medicar	tion for a	diabetes.	糖尿病薬を服用し	ている方		
(Biguanide type diabetes	s medici	nes : Me	tgluco/Metfo	ormin hyd	lrochloride/Glycoran/Nelbis/Medet/	

Medical Corporation Tokushukai Chubu Tokushukai Hospital

Metact/Dibetos/Dibetone S/Buformin hydrochloride etc.)

801 Higa, Nakagusuku-son, Nakagami-gun, Okinawa TEL: 098-923-1091

(ビグアナイド系糖尿病薬:メトグルコ・メトホルミン塩酸塩・グリコラン・ネルビス・メデット・メタクト・ジベトス・ジベトンS・塩酸ブホルミン 等)

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 檢查予約日:	20	y /年	m/月	d/日	Time 予約時間:
Name of the referring institutio			111/73	С / Н	• • • • • • • • • • • • • • • • • • •
Name 氏名:	MH212	76 - MERX: H •	Date of	birth 生年月日	= :
There is currently no method	d to in exami atmen	nvestigate inations f nt.	e whether a could be whether a could be whether a could be with a could be wit	ontrast age	cedures 造影剤の副作用の予測と緊急処置について ent may cause adverse reactions. dverse reactions, in case of an emergency, ます。
 Withdrawal of consent form You can withdraw your cons この同意書は検査施行までならいつでも撤回 	sent a	at any tim	e before the	examinatio	on begins, please let us know beforehand.
6. Alternative examinations wh If you do not agree to the use 造影剤使用に同意いただけない場合、単純	e of t	he contra	st agent, plai	n CT scan	(without contrast agent) will be performed.
Other その他					
agent will soon be absorbe	ed. If	there is s	evere swellir	ıg, you wi	and it may cause pain. The leaked contrast ll need treatment. 、腫れが強い場合には処置が必要になります。
② Even if you have not had a there is a possibility that y 前回の検査時(造影検査)に異常がなく	ou w	ill have o	one.		xamination (with contrast agent),
^③ Obtaining consent form is	requ	ired each	examination	, even tho	ough you have had the same examinations
before.同じ検査を繰り返し行う場合に	- よ、検査	毎に同意書が	必要です。		
④ If you have any concerns of その他、気になることがある方は、医師・ラ	or qu 看護師・	estions pl 放射線技師ま	lease ask you でご相談ください。	r doctor, a	nurse and/or a radiological technologist.

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital) 造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Name of the referring institution 紹介元工施政名: Name 氏名: Date of birth 生年月日: Please be sure to bring your Explanation form, Consent form and Questionnaire on the day of yxamination, and submit them at the reception of the Radiology department. **検査当日、説明書、同意書及び問意、放射線科受付へ提出してください。 I have received and understood the explanation about the necessity of the contrast agent and the possibility of side effects. I agree to take the intravascular injection of the contrast agent. Additionally, if any adverse reactions occur, I agree to receive the necessary treatment. 私は造影剤の血管内注射に同意します。 また方一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。 *** *** ** ** ** ** ** ** ** ** ** **	mination Date 檢查予約目:	20	y/年	m/月	d/∃	Time 予約時間:	:	
Please be sure to bring your Explanation form, Consent form and Questionnaire on the day of yamination, and submit them at the reception of the Radiology department.*検査当日、製明書、同意書及び問題放射線科受付へ提出してください。 I have received and understood the explanation about the necessity of the contrast agent and the possibility of side effects. I agree to take the intravascular injection of the contrast agent. Additionally, if any adverse reactions occur, I agree to receive the necessary treatment. 私は造影剤に関してその必要性と制作用の可能性について説明を受け理解いたしました。私は造影剤の血管内注射に同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。 ***********************************	e of the referring instituti	i On 紹介元ご	∵施設名 ・					
amination, and submit them at the reception of the Radiology department. * 検査当日、説明書、同意書及び間談放射線科受付へ提出してください。 I have received and understood the explanation about the necessity of the contrast agent and the possibility of side effects. I agree to take the intravascular injection of the contrast agent. Additionally, if any adverse reactions occur, I agree to receive the necessary treatment. 私は造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。私は造影剤の血管内注射に同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。 ***********************************	e 氏名:			Date of b	irth 生年月日:		_	
が射線科受付へ提出してください。 I have received and understood the explanation about the necessity of the contrast agent and the possibility of side effects. I agree to take the intravascular injection of the contrast agent. Additionally, if any adverse reactions occur, I agree to receive the necessary treatment. 私は造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。私は造影剤の血管内注射に同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。 「大学者・代籍者・大学者・代籍者・「大学者・大学者・大学者・大学者・大学者・大学者・大学者・大学者・大学者・大学者・	•							
possibility of side effects. I agree to take the intravascular injection of the contrast agent. Additionally, if any adverse reactions occur, I agree to receive the necessary treatment. 私は造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。 私は造影剤の血管内注射に同意します。 また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。		<u>i at uie i</u>	eception (of the Radio	<u>ogy depa</u>	IIIIIEIII.*検査当日、	祝明書、问思書 及ひ 問診 票	<u>(</u> (((((((((((((((((((
possibility of side effects. I agree to take the intravascular injection of the contrast agent. Additionally, if any adverse reactions occur, I agree to receive the necessary treatment. 私は造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。私は造影剤の血管内注射に同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。 ***********************************								
私は造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。 私は造影剤の血管内注射に同意します。 また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。 y/年 m/月 d/日 Time 時間: Patient signature 本人氏名: Patient's representative 代筆者・代諾者: Relationship 患者との続柄: To: Chubu Tokushukai Hospital Direc	possibility of side effects	. I agree	e to take tl	he intravascu	ılar inject	ion of the contra	ast agent.	
Patient signature 本人氏名: Patient's representative 代筆者・代諾者: Relationship 患者との続柄: To: Chubu Tokushukai Hospital Direc	私は造影剤に関してその必要性と副作 私は造影剤の血管内注射に同意しまっ	宇用の可能性 す。	上について説明	を受け理解いたしま		ic necessary ne	aunent.	
本人氏名: Patient's representative 代筆者・代諾者: Relationship 患者との続柄: To: Chubu Tokushukai Hospital Direc	y/年 r	n /月	d/\exists	Time 時間:	:			
代筆者・代諾者: 患者との続柄: To: Chubu Tokushukai Hospital Direc	C							
•					R	-		
THE PROPERTY OF THE PROPERTY						o: Chubu Tokushu 部徳洲会病院院長	•	r
-以下紹介元医師記入欄- Referring Doctor fills in below	下紹介元医師記入欄- Referr	ing Doct	or fills in b	elow				
○ Explanation Date 説明日 : y/年 m/月 d/日 Time 時間:					d/	日 Time 時間:	:	
O Name of the referring institution 紹介元ご施設名:	9							
○ Signature of the doctor provided the explanation 説明医師自筆ご署名:	O Signature of the doctor pr	ovided th	ne explanat	ion 説明医師自筆ご	著名:			
1 1			explaining d					

30_造CT_ver.2.0

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date $_{\text{фа}\text{-}\text{¬}\text{¬}\text{¬}\text{н}}$: 20 $_{y/\text{\#}}$ $_{m/\text{¬}}$ $_{d/\text{¬}}$ Time $_{\text{-}\text{¬}\text{¬}\text{н}}$ н	間:
Name of the referring institution 紹介元ご施設名:	
Name 氏名: Date of birth 生年月日:	
Before performing CT scan or urography with contrast agent, we would like to Please answer the following questions to the best of your knowledge: 造影剤を用いるCT検査または尿路造影を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構	
$ullet$ Please $oldsymbol{\overline}$ the appropriate boxes to answer each question that apply	to you. あてはまるものにチェックしてください。
1. Have you ever had an examination with a contrast agent (inject 今まで、造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか?	ion / IV)?
□ No なし □ Yes あり → □ CT □ Urography 尿路造影 □ Cholangiography 胆道造	影 日 Angiography 血管造影 日 MRI
2. Were there any side effects at that time? その時、副作用はありましたか?	
□ No なし □ Yes あり → □ Rash 発疹 □ Itchiness かゆみ □ Nausea 吐き気 □ Vo □ Other その他 (omiting 嘔吐 □ Headache 頭痛
3. Have you ever felt sick caused by oral medications or injections 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか?	?
□ No なし □ Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい()
4. Have you ever been diagnosed with asthma? 今までに喘息(ぜんそく)といわ	れたことはありますか?
□ No なし □ Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい()
5. Do you have allergies or allergic diseases? アレルギー体質、アレルギー性の病	気がありますか?
□ No topic dermatitis アトピー性皮膚炎	□ Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
□ Medication allergy 薬のアレルギー Medication name 薬剤	名: (
□ Food Allergy 食物のアレルギー Food 食物名: (□ Other その他 ()
6. Have you ever been diagnosed with kidney failure or other kidn	av dicascae?
腎臓の働きが悪い(腎不全)などといわれたことはありますか?	cy discases.
□ No なし □ Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい()
7. Have you ever been diagnosed with any of the following diseases	s: Hyperthyroidism
(Graves' disease), myeloma, macroglobulinemia, tetany or pheo 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患	
□ No なし □ Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい()
8. Do you take medicines for diabetes? If you are taking a biguanic	de diabetes medicine,
please follow the instructions of the doctor. 糖尿病の薬を飲んでいますか?ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、必ず医師の指示に従って	下さい。
□ No なし □ Yes あり → Medication name 薬剤名: ()	
9. Are you pregnant or possibly pregnant? 現在、妊娠中または妊娠している可能・	性がありますか?
□ No なし □ Yes あり □ I don't know わからない	
10. Please fill in your weight. 体重をご記入ください。 (kg)	
Please note that a contrast agent may not be used based on the decision	n of the doctor in charge of

Please note that a contrast agent may not be used based on the decision of the doctor in charge of your examination and/or radiologist.

・ 検査担当医・放射線科医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。

For Patient 患者様控え 1/4

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

	i	告影剤を使用	するCT検査に関っ	する説明書(院を	小 紹介用)		
Examination Date 檢查予約日:	20	y/年	m/月	d/∃	Time 予約時間:	:	
Name of the referring insti	tution 紹介元ご	施設名:					
Name 氏名:			Date of	birth 生年月日	i :		
A medication called an in コード造影剤と呼ばれる薬剤を注射し			t will be inj	ected duri	ng the CT scan.		
1. Purpose of contrast CT Purpose: In addition to no 目的 通常のCT検査に加え、胆	rmal CT scan	i, it is perf	ormed to exa		atus of tumor and/o	r blood vessels	more closely.
2. Adverse reactions, risks The two types of side effect i <immediate (frequency,="" 1="" 200="" addition,="" adverse="" as="" immediatel="" in="" life="" occur="" other="" people.="" person="" rarely,="" re="" severe="" td="" th="" these="" thousand="" very="" vomiting・nausea・hea="" with="" また、呼吸困難・ショックなど生命に関="" 投与後すぐ(投与直後~30分以内)に="" 非常に稀に他の薬剤と同様10万~20<=""><th>s from contra- eactions 即 y after its ac dache · rash 100 to 200 hreatening s 10,000 to 2 er medication *Please let u 起こります。嘔吐 わる重篤な症状が</th><th>時性副作用>dministran・itching people) symptom 20,000 peons, there us know・嘔気・頭痛・バ出ることもあり</th><th>re as follows ation (imme g·swelling as such as dy cople) e are reports if you feel u 発疹・かゆみ・手具 ります。(頻度1万)</th><td>: 造影剤の副作 diately aft of hands vspnea or of deaths inwell. そのむくみ・冷汗 人~2万人に1.7</td><td>作用として以下の2つがありませれてはです。 ter administration and feet and/or coshock may occur. s at the rate of 1 p</td><th>*; n - within 30 r old sweat may . erson in 100 r</th><th>y occur.</th></immediate>	s from contra- eactions 即 y after its ac dache · rash 100 to 200 hreatening s 10,000 to 2 er medication *Please let u 起こります。嘔吐 わる重篤な症状が	時性副作用>dministran・itching people) symptom 20,000 peons, there us know・嘔気・頭痛・バ出ることもあり	re as follows ation (imme g·swelling as such as dy cople) e are reports if you feel u 発疹・かゆみ・手具 ります。(頻度1万)	: 造影剤の副作 diately aft of hands vspnea or of deaths inwell. そのむくみ・冷汗 人~2万人に1.7	作用として以下の2つがありませれてはです。 ter administration and feet and/or coshock may occur. s at the rate of 1 p	*; n - within 30 r old sweat may . erson in 100 r	y occur.
ii <delayed adverse="" read<br="">These occur from 30 mi Rashes, redness, nauseal is no need for treatment, be an adverse reaction. 造影剤使用後約30分後から数日後に 発疹・発赤・悪心・嘔吐・血圧低下・頭 さい。</delayed>	nutes to sev , vomiting, but please	eral days blood pro contact t	essure drops he hospital	s and head promptly	laches etc. may od if you think you l	ccur. In most have a sympto	om that could
3. For patients who need to applicable) 造影剤を使用することに対し、注意が	必要な患者様(該	当する場合は	よお申し出ください))			below is
 If you have a history of If you have a severe the If you have kidney professed If you have bronchial of If you are taking median (Biguanide type diabeted) Metact/Dibetos/Dibeted 	nyroid dysfu oblems. 腎臟の asthma. 気管 cation for d etes medicin	nction. の機能に障害 支喘息のある iabetes. れ ies: Met	重篤な甲状腺機能 がある方 方 糖尿病薬を服用し gluco/Metfo	比障害のある方 ている方 ormin hyd			edet/

(ビグアナイド系糖尿病薬:メトグルコ・メトホルミン塩酸塩・グリコラン・ネルビス・メデット・メタクト・ジベトス・ジベトンS・塩酸ブホルミン 等)

. 造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 檢查予約日:	20	y /年	m /月	d/∃	Time 予約時間:	:	
Name of the referring instit	ution 紹介元	ご施設名:					-
Name 氏名:		-	Date of	birth 生年月日	∃:		-
4. Predicting adverse reacti	ons of cor	ntrast age	ent and emer	gency pro	cedures 造影剤の	副作用の予測と緊急	処置について
There is currently no me		_		U	•		
In the hospital, we perform			ully prepared	l to treat a	dverse reactions	s, in case of ar	n emergency,
we will perform the best 造影剤で副作用を起こすかどうか調べ 当院では副作用に対応できる体制を動	る方法は現在の	のところありま	せん。 急時には最善の処間	置を施行いたし	ます。		
5. Withdrawal of consent for	o rm 同意書	撤回につい	C				
You can withdraw your can mithdraw your can mithdraw your can also and can be a considered with the considered with t				examinatio	on begins, pleas	e let us know	beforehand.
6. Alternative examination	s when yo	u do not	agree to this	consent F	同意書に同意いただけな	い場合の代替え検査	<u>:</u>
If you do not agree to the 造影剤使用に同意いただけない場合						ıst agent) will	be performed.
Other その他							
① In rare cases, the contragent will soon be abs まれに造影剤が血管の外に漏れ漏	orbed. If t	here is s	evere swellir	ıg, you wi	ill need treatmer	nt.	
② Even if you have not h there is a possibility th 前回の検査時(造影検査)に異常	nat you wi	ll have o	ne.		xamination (witl	n contrast age	nt),
③ Obtaining consent form before.同じ検査を繰り返し行う	-			, even tho	ough you have h	ad the same ex	xaminations
④ If you have any conce その他、気になることがある方は、「	rns or que 医師・看護師・ヵ	stions pl 対線技師ま	ease ask you でご相談ください。	r doctor, a	a nurse and/or a	radiological to	echnologist.
その他、気になることがある方は、「	医師・看護師・方	公司 P1	でご相談ください。		and of the	- Land of Section 1	

Explanation for Computerized Tomography (CT) Scans with Contrast Agent (for patients referred from other hospital) 造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Name of the referring institution 紹知 Name 氏名:	planation fo		f orm and		•
S Please be sure to bring your Excamination, and submit them at th 放射線科受付へ提出してください。		rm, Consent	f orm and		•
tamination, and submit them at th 放射線科受付へ提出してください。					•
I have received and understood possibility of side effects. I ag Additionally, if any adverse re 私は造影剤に関してその必要性と副作用の可私は造影剤の血管内注射に同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処	ree to take the actions occu 能性について説明。	ne intravascula or, I agree to re を受け理解いたしまし	ar injection eceive the	of the contras	st agent.
y/年 m /月	d/∃	Time 時間:	:		
Patient signature 本人氏名:					
Patient's representative 代筆者·代諾者:				tionship 患者との続柄:	
				Chubu Tokushul 部分病院院長 殿	kai Hospital Director
-以下紹介元医師記入欄- Referring De	octor fills in b	elow			
○ Explanation Date 説明日 :	y/年	m /月	d/\exists	Time 時間:	:
 Name of the referring institutio 					
 Signature of the doctor provide 	d the explanati	on 説明医師自筆ご署	名:		
*Please make sure to have the signature of				1筆署名を必ずお願い	

30_造CT_ver.2.0

造影剤を使用するCT検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 檢查予約日:	У	r/年 m/	月 d /日	Time	2 予約時間:	:		
Name of the referring inst	itution 紹介元ご施設	没名 :		_				
Name 氏名:		Da	ite of birth 生年	月日:				
Before performing CT sca	ın or urograph	y with contra	st agent, we	would li	ke to asses	ss your	physical	condition.
Please answer the followin 造影剤を用いるCT検査または尿路造影					で結構ですので	で、以下の質	質問にお答え	ください。
Please ✓ the approp	riate boxes t	o answer ea	ch question	that ap	oply to yo	OU. BTI	はまるものにヲ	・エックしてください。
1. Have you ever had a 今まで、造影剤(注射/点滴)を				gent (ir	njection /	/ IV)?		
□ No tol □ Yes by →	□ CT □ Uro	graphy 尿路造影	□ Cholang	iograph	y 胆道造影 □.	Angiog	raphy m	ē造影 □ MRI
2. Were there any sid	e effects at	that time?	その時、副作用はお	ありました <i>か</i>	· ?			
□ No st □ Yes by →	□ Rash 発疹	☐ Itchiness #	ьф	a 吐き気	□ Vomiti	ng 嘔吐	□ Heada	iche 頭痛
□ Other その他 ()						
3. Have you ever felt s 飲み薬や注射薬で具合が悪くな			dications or	· inject	ions?			
□ No tol □ Yes toly →	Please describe	具体的にお書き下さい(,)	
4. Have you ever been	diagnosed	with asthm	a? 今までに喘息	(ぜんそく))といわれたこと	とはありまっ	すか?	
□ No tol □ Yes toly →	Please describ	30 具体的にお書き下さ	ι·()	
5. Do you have allergi	es or allergi	c diseases?	アレルギー体質、	アレルギー	-性の病気があ	りますか?	?	
□ No to □ Yes as →	□ Hives じんまし □ Medication □ Food Aller □ Other その他	ı allergy 薬のアレ gy 食物のアレルギー	ルギー Medicat	ion nan		lergic r	hinitis 7	ンルギー性鼻炎))
6. Have you ever been 腎臓の働きが悪い(腎不全)などと			y failure or	other	kidney d	lisease	s?	
□ No to □ Yes by →	Please describ	OC 具体的にお書き下さ	ıv()	
7. Have you ever been	diagnosed	with any of	the follow	ing dis	eases: H	yperth	yroidi	sm
(Graves' disease), n 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)								すか?
□ No tol □ Yes toly →	Please describ) 은 具体的にお書き下さ	ι·()	
8. Do you take medicing please follow the installation 糖尿病の薬を飲んでいますか?	structions of	f the doctor	r .	, ,			s medio	cine,
□ No to □ Yes by →	Medication n	ame 薬剤名: ()			
9. Are you pregnant o	r possibly p	regnant? 現	在、妊娠中または	妊娠してい	る可能性があ	りますか?		
□ No tol □ Yes by □								
10. Please fill in your v	veight. 体重をご	ご記入ください。	(kg)			
D1		1		41 1.		41. 1.		.1

Please note that a contrast agent may not be used based on the decision of the doctor in charge of your examination and/or radiologist.

検査担当医・放射線科医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。