

ID			
患者氏名	様		
生年月日		性別	
依頼科		依頼医	

CT検査を受けられる方へ

あなたの検査は

CT検査で

から行います。

CT検査について

X線を利用して体の断面を撮影する検査です。一般的に放射線被ばくによって人体に障害が生じたり、発がんリスクの増加が考えられますが、CT検査では身体に影響が出ると言われている放射線量よりもはるかに少ない量を使用しています。今回の検査で得られる医療情報（疑われる病気の発見）による利益が被ばくによるリスクより十分に大きいと判断し、検査が必要であると考えます。

また、当院では診断参考レベルと呼ばれる被ばくの適正化指標に基づき、必要最小限の被ばく線量になるように撮影条件を最適化しており、より安全に検査を受けて頂けるよう心掛けております。

医師など職業人の限度（5年間）	100 mSv
核医学検査（1回あたり）	1～15 mSv
CT検査（腹部）	5～14 mSv
胃のバリウム検査	4 mSv
自然界から受ける放射線（世界平均・年間）	2.4 mSv
X線撮影（胸部）	0.06 mSv

検査予約時刻の10分前までに画像診断センターにて受付を済ませてください。

予約した日、時間の都合が悪くなった場合は、すみやかに各科外来へ連絡してください。

<連絡先>

芳珠記念病院

<電話>

(0761) 51-5551

検査手順

- ① 検査時間は部位によって異なりますが、5～30分位かかります。
- ② 検査部位によって金属製のものをはずし、金属のついた服や下着がある場合は検査着に着替えていただきます。
- ③ 検査中は担当者の指示に従ってください。
 - ・検査部位及び病気によっては造影剤を静脈注射することもあります。
- ④ 検査後、安静などは必要ありません。食事や入浴など日常生活は普段通りで結構です。

注意事項

- ① 検査当日の食事について

絶食してきてください

普通に食べて結構です

午前の検査の方…朝食をとらないでください。（水やお茶は、お飲みいただいて結構です。）

午後の検査の方…昼食をとらないでください。（水やお茶は、お飲みいただいて結構です。）

チェック項目

以下の問いに対してお答えください

- ① 現在の妊娠の有無
 - はい いいえ
- ② ペースメーカーを使用している（メドトロニック社製 Insync8040）
 - はい いいえ



ID			
患者氏名	様		
生年月日		性別	

CT検査時の造影剤投与に関する 同意書

造影剤を用いたCT検査が予定されています。造影剤は体の内部を観察するものです。血管内に造影剤を投与することによって、あなたの病気をより深く理解することができ診断または治療の大きな助けとなります。安全なお薬ですが、ごくまれに副作用が起こることもあります。

※副作用の種類は次のようなものです。

吐き気、かゆみ、発疹、頭痛、動悸などの症状があらわれることがあります。血圧低下、呼吸困難、急性腎不全ショックなどの重篤な副作用は、2.5万例に1例、死亡例は40万例に1例と報告されています。

また、いきおいよく造影剤を注射する場合には血管外に造影剤がもれて注射した部位が腫れ、痛みを伴うこともあります。時間がたてば吸収されるので心配ありません。

もしも、痛みが続くようであれば看護師にお知らせください。

造影剤を使用する検査の問診票

以下の問いの適したものに☑をつけてください。

- ① 今までに造影剤を使用した検査を受けられたことはありますか？
 なし あり : CT検査 腎臓検査 血管造影 MRI検査
- ② その時、副作用はありましたか？
 なし あり : 吐き気 かゆみ 発疹 頭痛 その他()
- ③ 今までにぜんそくといわれたことはありますか？
 なし あり
- ④ アレルギー性の病気はありますか？
 なし あり : じんましん アトピー性皮膚炎 薬・食物アレルギー その他()
- ⑤ 甲状腺、心臓、肝臓、腎臓の働きが悪いといわれたことはありますか？
 なし あり (甲状腺 ・ 心臓 ・ 肝臓 ・ 腎臓)
- ⑥ 次の病気と言われたことがありますか？
 なし あり (マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫)
- ⑦ ビグアナイド系糖尿病薬を飲んでいますか？
 いいえ はい : ()

◆女性の方のみ◆

現在、妊娠中ですか？妊娠の可能性ありますか？ 授乳中ですか？
 いいえ はい いいえ はい

上述の問診票のうち問い②～⑥で“あり”の項目にあてはまる方は造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。このような場合には担当医師の判断で使用しない場合もありますのでご了承ください。

上記の内容を説明いたしました。

20 年 月 日 説明医師 (自筆) _____

再確認日

(上記説明日から3ヶ月以上経過している場合)

20 年 月 日 同席者 (自筆) _____

再確認者サイン _____

CT検査時の造影剤投与に関する同意書

私は、造影検査について説明を受け理解しましたので、上記CT造影剤の投与に同意します。

20 年 月 日 患者氏名 _____

ご本人が署名できない場合、若しくは未成年の場合は、下記署名をお願いします。

20 年 月 日 代理人署名 _____ 続柄 () _____

