

## CT 検査の問診票（患者様がご記入ください）

1. 今まで、造影剤を用いた検査を受けたことがありますか? いいえ はい
2. はいと答えた方、その時、副作用はありましたか?  
症状（発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・呼吸困難・その他：）いいえ はい
3. 今までに喘息（ぜんそく）を指摘されたり、治療をしたことがありますか?  
いいえ はい 現在治療中
4. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか?  
いいえ はい  
内容（）
5. バセドウ病・骨髄腫・マクログロブリン血症・テタニー・褐色細胞腫で治療をうけましたか?  
いいえ はい  
疾病（）
6. 糖尿病の薬を内服していますか?  
いいえ はい  
薬剤名（）
7. 腎臓の病気・機能不全と言われたことがありますか?  
いいえ はい  
内容（）
8. 女性の方のみ：妊娠中、または妊娠している可能性はありますか?  
いいえ はい
9. 体内に植込み型除細動器等がありますか?  
いいえ はい
10. インスリンポンプ、持続血糖測定器（リブレなど）を使用していますか?  
いいえ はい

20 年 月 日 患者さま(代筆者さま)の署名: \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

### 主治医記入欄

- 上記2~10の問診において「はい」にチェックがある場合、必ず注意事項と検査の必要性を説明した上で、  
造影CT検査は 可能 不可能 と判断します。  
※造影CTの場合、当日の状態によっては単純CTに変更させていただく場合もございますのでご了承ください。
- 造影CTの場合のみご記載ください  
ビグアナイド系糖尿病薬は検査前後2日間（計5日）の内服中止を指示しましたか?  
はい 内服無し

20 年 月 日

依頼元医療機関名： \_\_\_\_\_ 主治医の署名： \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

道後画像クリニック記入欄 20 年 月 日 確認者 \_\_\_\_\_

## CT 検査の説明と同意書（よくお読みになり、下の同意書にご記入ください）

### 1. 検査の必要性について

今回実施する CT 検査は、X 線を使用して、あなたの病気の状態を詳しく調べ、診断、および治療方針を決定するための大切な検査です。

### 2. 検査による X 線被ばくについて

X 線を用いた検査ですので、必要最小限の X 線被ばくを伴いますが、適切に管理しています。通常の CT 検査により受ける放射線の量は 5~30 ミリシーベルトですが、検査する部位や範囲、方法で異なります。一般的には、検査で受けた放射線の量が 100 ミリシーベルト未満であれば、放射線検査を受けた人も受けなかった人も発がん率や遺伝的な影響の差はないと言われています。当院の CT 検査で 100 ミリシーベルトを超える被ばくをすることはありません。複数回の CT 検査を受けた場合でも、人体には放射線による影響に対する修復機能がありますので、放射線の影響が蓄積するわけではありません。

### 3. CT 装置について

今回使用する CT 装置は、製造メーカーによる定期的な点検、および診療放射線技師による毎日の始業・就業点検により、X 線量を適切に管理し安全性を担保しています。

### 4. 造影 CT 検査を受けられる方のみ、造影剤の危険性について

造影剤を入れ始めると身体が熱くなることがあります。造影剤の使用により副作用が出現することがあります。

(軽度) 吐き気、じんましん、発疹など 100 人に 5 人程度

(重度) 血圧低下、息苦しさ、意識不明 2.5 万人に 1 人程度

非常に低い確率で死亡に至った例もあります。 40 万人に 1 人程度

造影剤が血管外に漏れ、注射部位が腫れて痛みを伴うことがあります。

ビグアナイド系の糖尿病薬を内服している方は検査前後 2 日間（計 5 日）の休薬が必要となります。

これらを総合して、今回行う CT 検査は、あなたの病気診断、および治療方針を決定する上で、危険性を上回る利益があるものと判断します。

この説明に同意いただけた場合は、下の同意書に署名をお願いいたします。ただし、同意はいつでも撤回することができます。

### 同意書

私は、CT 検査の必要性と危険性について十分な説明をうけ理解しましたので、  
検査を受けることに同意し署名します。

20 年 月 日

患者さまの署名（自署）：

代筆者さまの署名（自署）： (続柄)

※ご本人が署名できない場合は代理者さまが署名してください。

### 主治医記入欄

私は、当該患者に、今回行う CT 検査の必要性と危険性について説明を行い、  
検査を受けることに同意を得ました。

20 年 月 日

依頼元医療機関名：

主治医の署名（自署）：

# 検査予約票

様

下記内容で予約をいたしました。

検査日	予約時間
検査内容	

●問診と事前準備のため、予約時間の 20分前 にご来院  
(9時・14時にご予約の方はご予約のお時間ちょうどにご来院ください)

●植め込み式除細動器(ICD)を使用中の方は胸部を含む検査を受けられません

●腹部骨盤を含む、または造影検査の方：

食事はしないでください（検査予約3時間前から）

※水分摂取は問題ありません（水、お茶のみ）

●造影検査を受けられるビグアナイド系糖尿病薬を内服中の方：

検査前後2日間（計5日）の休薬が必要です

●インスリンポンプご使用の方は検査前に取り外していただきます



道後画像クリニック

松山市平和通1丁目5-35

〒790-0807 Tel:089-924-8733