

単純 造影 CT 検査の問診票（にチェックを入れてください）

患者さま記入欄

1. 今まで、CT 検査を受けたことがありますか？ いいえ はい
2. 体内に植込み型除細動器等がありますか？ いいえ はい→胸部の撮影はできません
3. 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→検査前に取り外す必要あり
4. 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→原則 CT 検査はできません

◆◆◆以下は、造影 CT 検査を受けられる方のみご回答ください◆◆◆

5. 今まで、造影剤を用いた CT 検査を受けたことがありますか？ いいえ はい
 6. はいと答えた方、その時、副作用はありましたか？ いいえ はい→症状（ ）
 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 現在透析中
 8. アレルギー体質、アレルギーの病気はありますか？ いいえ はい→具体的に（ ）
 9. 今までに喘息（ぜんそく）と言われたことはありますか？
いいえ はい 現在治療中→原則造影 CT 検査はできません
 10. 以下の疾患で治療を受けた場合は○をつけてください
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
 11. 糖尿病の薬を内服していますか？ いいえ はい→薬剤名（ ）
- 20 年 月 日 患者さま(代筆者さま)の署名： _____ (続柄： _____)

主治医記入欄

上記問診を確認し、注意事項と検査の必要性を説明した上で 単純 造影 CT 検査は可能と考えます
※ただし、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

以下は、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： _____

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、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、発がん率や遺伝的な影響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、放射線の影響がそのまま蓄積し続けるわけではありません。
※妊娠中または妊娠の可能性のある方は、胎児への被ばくの影響を考慮し当院では検査できません。

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。

◆◆◆以下は、造影 CT 検査についての説明です◆◆◆

造影 CT 検査は、ヨード造影剤という種類の薬剤を静脈から注射して行います。

4. 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。

検査終了後、数時間から数日（最長 1 週間程度）経過してから、発疹、かゆみ、吐き気などの症状が現れることがあります。異常を感じた場合は、速やかに当院までご連絡ください。

ビッグアナイド系の糖尿病薬を内服している方は、副作用（乳酸アシドーシス）を防ぐため、腎機能に応じて検査前後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る場合は、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（代筆者さま）の署名： _____（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）： _____

CT 検査予約票

様

下記内容で予約をいたしました

検査日： 年 月 日 () 予約時間： 時 分
検査内容（検査部位）：

- 問診と事前準備のため、予約時間の **20分前** にご来院ください
(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)
- 紹介状・マイナ保険証（資格確認書）** を忘れずにご持参ください
- 植込み式除細動器(ICD)** を使用中の方：胸部の検査はできません
- 腹部の検査の方・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）
- 造影検査でピグアラ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
- インスリンポンプ、持続血糖測定器（リブレなど）**：検査前に取り外していただきます

●電車でお越しの方（伊予鉄道 市内電車）
平和通一丁目駅より徒歩1分（70m）
上一万駅より徒歩4分（260m）

●バスでお越しの方
伊予鉄バス
松山空港線日赤前より徒歩1分（30m）
伊台線上一万駅前より徒歩5分（300m）

●お車でお越しの方
第1駐車場（敷地内）4台
第2駐車場（レディ薬局日赤前店東隣）5台

愛媛大学 城北キャンパス 松山赤十字病院

レディ薬局 日赤前店 セブンイレブン 松山赤十字病院前店

← 至 本町 平和通り 至 道後 →

セブンイレブン 松山平和通1丁目店 道後画像クリニック dogo imaging clinic

〒790-080
愛媛県松山市平和通1丁目5-35
TEL:089-924-8733