

ID:

被検者氏名

様

【重要】 次に該当する方は必ず事前にお知らせください

- ・心臓ペースメーカー、またはICD(除細動器)を植込まれている方
- ・妊娠している、または、その可能性がある方

造影剤を使用する場合は以下についてもお知らせ下さい

- ・造影剤を使用して、以前に副作用が出た方
- ・糖尿病のお薬を服用している方
- ・授乳中の方

① **CT検査とは**

X線を用いて、体の中の様子をコンピューターで処理し画像化する検査です。
体の輪切りの断層写真が得られ診断に大変役立つ検査です。
単純CT・・・造影剤という薬を使用しないで撮影する検査です。
造影CT・・・造影剤という薬を注射して撮影する検査です。

② **当日の食事制限について**

腹部の検査および造影CT検査では、原則として開始予定時間の4時間前から
は、食事を摂らないでいただいております。
但し、水やお茶などの水分は十分にとりください。しかし、当日にCT検査
以外に水分制限のある検査を受ける方は、控えて下さい。

③ **検査前の準備**

胸部または腹部の検査では検査着に着替えていただく場合があります。
着替えやすい服装でおこしてください。
また、金属のついた服や下着、貴金属などをはずしていただくことがあります。

④ **検査開始・検査中のお願い**

検査時間は部位によって異なりますが、約10～20分程度です。
検査中は検査担当者とマイクを通じて、いつでも会話できますので、ご安心く
ださい。

⑤ **検査終了後は**

特に指示がなければ、食事は普通にとりいただき、普段通りの生活を送っ
てください。
検査結果については、担当医が説明いたします。指定された日時にご来院くだ
さい。

CT検査についての問診票・同意書

(様式4-1) 2/3
(紹介医→KS-MCR)

ID: 様

今回診療で用いる放射線について説明を受け、理解されましたか。
チェック欄 ☐ (MCR用) ☐ (当院用)

単純検査用

心臓に植え込み型の機械を入れていますか。	
☐ なし	☐ あり: 種類 (1.ペースメーカー 2.植え込み型除細動機能付 年式: 年)
現在妊娠している、またはその可能性がありますか。(女性のみ)	
☐ なし	☐ あり(妊娠周期: 週)
現在の身長と体重をお答えください。	cm kg

造影検査用

これまでにヨード造影剤を使用して検査を受けたことはありますか。	
☐ なし	☐ あり: (CT、MRI、血管造影・心臓カテーテル、尿路造影、胆道造影、その他:)
ヨード造影剤を使用した時、帰宅後も含め何か異常はありましたか。	
☐ なし	☐ あり: (吐き気、嘔吐、かゆみ、湿疹、呼吸困難、意識消失、血圧低下、その他())
気管支喘息と診断されたことはありますか。(小児喘息を含む)	
☐ なし	☐ あり: (1. 現在も治療を継続中 2. 現在は治療していない: 年前から)
今までに薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか。	
☐ なし	☐ あり: (薬品名: 食品名:)
腎臓の病気や機能が悪いといわれたことはありますか。	
☐ なし	☐ あり: (疾患名:)
甲状腺の病気と診断されたことはありますか。	
☐ なし	☐ あり(疾患名:)
糖尿病と診断されたことはありますか。また治療薬をお飲みですか。	
☐ なし	☐ あり(糖尿病の治療薬:)
心臓病と診断されたことはありますか。また治療薬をお飲みですか。	
☐ なし	☐ あり(疾患名: 治療薬:)
これまでに以下の病気と診断されたことがありますか。 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	
☐ なし	☐ あり(疾患名:)

依頼科: 科
ヨード造影剤の使用についての説明書を読み、理解し、必要に応じて質問を行った上で、以下の選択を行ってください。また、副作用が現れた場合には必要な処置をさせていただきます。
☐ 同意します
造影剤の使用に ☐ 同意しません
☐ 他院でのセカンドオピニオンの取得も含め、今一度説明を希望します。

eGFR(ml/min/1.73m²)

* 年 月 日採血済み
(検査予定日より3カ月以内)

MCR医師署名	MCR看護師署名
光生会医師署名	光生会看護師署名
検査予定日 令和 年 月 日	署名(本人)
記載日 令和 年 月 日	署名(家族・その他)

ご本人様が記載できない場合は、ご本人様の名前を記載した方の名前を併記してください。
問診票の記載が不十分な場合は問診の上、担当者が赤のボールペンで追加させていただきます。
同意された場合でも、検査施行までならいつでも撤回することができます。

診療で用いる放射線について

あなたが受けられる検査では、病変の状態を調べるために放射線を使用します。放射線検査は、病気の発見に必要不可欠です。放射線を受けることによる不利益が報告されていますが、検査をすることで得られる利益の方が大切です。しかし、被ばくについて心配される方もおられるため、放射線の身体への影響についてご説明します。

放射線による影響として発がんや不妊などが報告されていますが、受けた線量により影響は異なります。線量が少なければ受けた放射線の影響が身体に残ることはありません。そのため、繰り返し検査を受けたとしても、放射線を蓄積して考える必要はありません。

今回の検査では、身体に影響が出ると言われている線量よりも、はるかに少ない線量を必要な場所に絞って使用しますので、放射線による影響を心配されることはありません。

当院では厚生労働省が定めるガイドラインに沿い、診療用放射線の安全管理に係る体制を整え、検査の必要性を主治医が判断し（正当化）、放射線診療従事者が目的に適した放射線の量を決定（最適化）しています。

- ・ 正当化とは 今回の検査が、病気や怪我の正しい診断および治療に役立てるために必要であることを主治医が判断した上で、必要な検査の種類や調べる場所を決定します。
- ・ 最適化とは 放射線関連学会で推奨された診断参考レベルと呼ばれる各検査に適正とされる放射線の量があります。当院では、皆様に安心して検査を受けていただけるよう、さまざまな検討を行い、診断参考レベルよりも少ない量で医療の提供をおこなうよう努めております。

当院では、必要と判断された放射線を用いる検査に対し、画像の質を担保しつつ、合理的に達成可能な限り放射線被ばくの低減に取り組んでまいりますので、安心して検査を受けていただきますよう、お願いいたします。

なお今回の検査は、より適切な治療方針決定のための情報を得るためのものです。検査を受けなかった場合には、必要な情報が得られず適切な治療が受けられない場合や治療の遅れが生じる可能性がありますことをご了承ください。