

## 造影CT検査のご案内（患者様用）

検査日時 年 月 日（曜日） 時 分

検査当日は検査予約時間の30分前までに当院1階初診受付にお越しください。職員がご案内します。来院時には、診療情報提供書（紹介状）とマイナ保険証又は資格確認書を忘れずにご持参ください。

また、CT検査（造影CT）の説明・同意書及びCT検査における被ばくの説明・同意書もかかりつけ医の説明後、同意の上記載しご持参ください。その他、必要と思われるものがありましたらお持ちください。

後日、かかりつけの医療機関あてに画像保存したCD-Rと読影所見を送付しますので、検査結果の説明をお聞きください。

### 1. 検査のご説明

X線を使った精密検査の1つで目的部位にX線を当て、断層写真を撮影する検査です。造影剤を用いることでより詳細な診断画像を得ることができます。検査時間は15分から30分程度です。

### 2. CT検査を受ける前の注意事項

- ① 基本的に絶食の必要はありません。ただし、胃、胆道系及び腸管の描出を主とする場合は検査前4時間の絶食が必要となります。コーヒーや牛乳など脂肪分を含んだ飲物も検査前4時間は飲まないでください。水、お茶は飲んでかまいません。
- ② 服用中のお薬は、医師の指示がない限りは普段通り服用してください。  
※ 糖尿病用薬服用中の方は、腎機能によって服用を中止して頂く可能性があります。  
主治医にご確認下さい。

- ① 次のような方は必ず事前に主治医とご相談ください（検査を行えない場合があります）。
  - ・妊娠中もしくは妊娠の疑いのある方
  - ・心臓、肝臓、膵臓、腎臓に重篤な障害がある。
  - ・喘息やアレルギー体質の方、過去に造影検査で副作用のあった方
  - ・ペースメーカー、ICD等を装着している方
  - ・持続血糖値測定システム（リブレ等）、血糖値測定器等の電子機器を装着している方
  - ・甲状腺機能亢進症があり、コントロールできていない方（未治療等）
  - ・バリウムを使用した検査を1週間以内に実施した方

### 3. CT検査を受けた後の注意事項

- ① 造影剤が使われた方は、尿として造影剤を体から早く出すために水分を多めに飲んでください。
- ② 造影剤が使われた方で、検査後まれに気分不良、発疹、めまい、発熱、胸が苦しい等の副作用が起こる場合があります。このような時には、すぐに来院されるか、電話連絡をしてください。
- ③ 乳幼児で睡眠薬が使われた方は、転倒などの事故にお気をつけてください。
- ④ 授乳に対する制限はありません（造影剤の24時間以内の母乳への移行は投与量の1%未満、さらに乳児の消化管からの吸収は母乳中に存在する造影剤の1%未満、全体として乳児に吸収される造影剤は投与量の0.01%未満）。

### 4. その他

- ① あなたの検査は、被ばくという欠点を上回る有用な情報（診断や治療方針の決定など）が得られると判断しました。
- ② CT造影検査では、腎機能障害を防ぐため、採血結果の数値を確認してから始めます。当日の採血がある方は、採血結果がでるまでに30分から1時間程かかります。安心、安全な検査のためにご理解とご協力をお願いします。
- ③ 予約の変更は、検査を予約された診療科に御連絡をお願いします。

連絡先 : 広島市立舟入市民病院 医療連携室 082-232-6123

受付時間 月～金（平日のみ） 9:00～16:30

## 造影剤の静脈注射によるCT検査（造影CT）の説明・同意書

|      |          |       |           |
|------|----------|-------|-----------|
| 患者ID |          | 患者氏名  | 様         |
| 生年月日 | / / ( 歳) | 性別    | ( 男 ・ 女 ) |
| 検査日  |          | 検査説明日 |           |
| 説明医師 |          | 同席者   |           |

◎ 問診票（紹介元で必ず記入してください）

1. 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか。 ( ある ・ ない )
2. 検査時および検査後に発疹等、何らかの異常がありましたか。 ( ある ・ ない )  
ある場合、どのような症状でしたか。 ( くしゃみ ・ 吐き気 ・ 発疹 ・ )
3. ぜんそく、じんま疹等のアレルギーはありますか。 ( ある ・ ない )
4. Cr または eGFR の値を記入してください。 Cr (            ml/dl ) eGFR (            ml/min/1.73 m<sup>2</sup> )
5. 依頼医の責任において造影CT検査を施行 ( します ・ しません )

1. 造影CTの必要性

CT検査は造影剤注射により、病変の検出や病気の診断に関する情報が増えます。

2. 造影CTの副作用と頻度

- ・軽症の副作用（5%以下）；はきけ、嘔吐、じんましん、発疹、かゆみ、咳、くしゃみ、頭痛等で検査直後で一時的なものです。ごくまれに数日以内に生じる事もあります（遅発性副作用）。
- ・重症の副作用（約2万5千人に1人）；血圧低下、呼吸困難、ショックなど治療が必要になる場合があります。極めてまれですが、死亡例もあります（約40万人に1人）。

3. 禁忌、慎重投与等

- 禁忌            ヨード過敏症、重篤な甲状腺疾患のある方
- 原則禁忌      気管支喘息、褐色細胞腫、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、重篤な心臓、肝臓障害のある方
- 慎重投与      アレルギー体質、薬物過敏症、高血圧、急性膵炎、腎障害のある方、妊婦等

4. 併用禁忌（eGFR < 30）

一部の糖尿病用剤（メトホルミン塩酸塩錠、エクメット配合錠、メタクト配合錠、メトアナ配合錠等）のビグアナイド系糖尿病用薬に該当する患者さんは、造影CT検査日前後2日、当日含め計5日は内服の中止が必要です。詳細は主治医に相談してください。

5. 造影剤の血管外漏出（1%未満）

多くは腫れ、痛み等を伴いますが、自然に吸収されるため基本的に経過観察となります。まれに末梢神経障害、血行障害をきたし加療を要する場合があります。

私は造影CT検査の必要性和、副作用について説明を受け理解をしましたので、 同意します  
 造影剤の静脈注射に 同意しません

年            月            日
患者氏名

---

家族等氏名（続柄            ）

## CT検査における被ばくの説明・同意書

|      |          |       |           |
|------|----------|-------|-----------|
| 患者ID |          | 患者氏名  | 様         |
| 生年月日 | / / ( 歳) | 性別    | ( 男 ・ 女 ) |
| 検査日  |          | 検査説明日 |           |
| 説明医師 |          | 同席者   |           |

### CT検査の正当性について

CTは「X線」という放射線を使って体の断面を撮影する検査です。体内の様子が詳しくわかるため、様々な病気の診断や治療に役立ちます。その反面、放射線を用いるため「被ばく」という欠点があります。医療に用いられる放射線の線量に上限はありませんが、当院では下記に示すように、CTの被ばく線量を診断に値する必要最低限に抑えるよう努めています。今回のCT検査は、被ばくという欠点を上回る有益な情報（診断や治療方針の決定）が得られると判断しました。

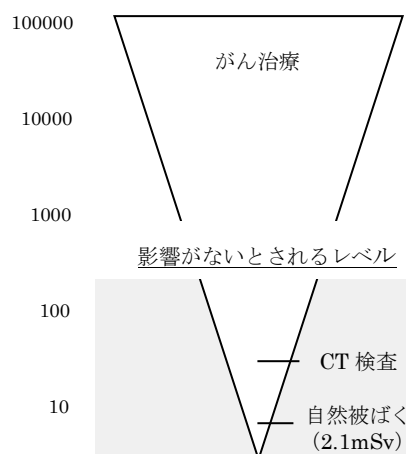
### CT検査の最適化について

当院のCT検査では、医療被ばく研究情報ネットワーク（J-RIME）が提案する診断参考レベル（DRLs2020）の値より低い線量となっており、常に被ばく線量低減に心がけています。

当院CT検査の標準的な被ばく線量（成人）

|          | 診断参考レベル (DRLs2020) | 当院の線量         | 実効線量  |
|----------|--------------------|---------------|-------|
|          | CTDIvol (mGy)      | CTDIvol (mGy) | (mSv) |
| 頭部       | 77                 | 40            | 2～4   |
| 胸部       | 13                 | 4             | 5～6   |
| 胸部～骨盤    | 16                 | 7             | 5～10  |
| 肝臓～骨盤    | 18                 | 8.5           | 8～10  |
| 肝臓ダイナミック | 17                 | 7             | 8～10  |

標準体重50～60kg



- あなたのCT検査ではこれらを考慮して、診断に値する最適な撮影方法、撮影範囲を選択しています。
- ペースメーカー、ICD、持続血糖値測定システム（リブレ等）等を装着したまま検査を行った場合、放射線の機器特性上、誤作動を起こす可能性があります。

### 同意書

私はCT検査の必要性と、被ばくについて説明を受け理解をいたしましたので、CT検査に

- 同意します
- 同意しません

年            月            日

患者氏名

家族等氏名（続柄            ）

※検査の実施前であれば、同意の取り消しが可能です。

広島市立舟入市民病