

CT 検査依頼・診療情報提供書

患者情報	フリガナ				保険情報	被保険者証		
	氏 名			男・女		保険者番号		
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月		日	才	記号・番号
				資格取得日				
				世帯主				
				保険者名				
医療機関情報	医療機関名					老人(高齢)受給者番証		
	診療科					公費負担番号		
	医師名					受給者番号		
	TEL() — FAX() —				有効期間			
予約日	第 1 希望	月	日	読影レポート	通常	公費負担医療受給		
		午前・午後 (時)				公費負担番号		
	第 2 希望	月	日		当日 持ち帰り	受給者番号		
		午前・午後 (時)				有効期間		
	第 3 希望	月	日					
		午前・午後 (時)						
検査部位	希望される部位に○印をして下さい				単純・造影の種別			
	脳	副鼻腔	側頭骨	顔面	インプラント	単純	造影	クレアチニン mg/dl
	頸部	甲状腺	胸部	上腹部	骨盤部			クレアチニン後日報告
	頸椎	胸椎	腰椎	骨盤骨	造影同意書が必要です			
	脳血管	頸部血管	胸部血管	腹部血管	eGFR<30 は原則造影不可			
	(その他)							

検査目的・指示・診断名・主症状・検査部位などをご記載下さい

CT 検査の説明書（放射線の影響について）

検査に際し ①内容 ②CT 検査の被ばくについて ③同意を撤回する場合 ④被ばくの記録とプライバシー保護 ⑤連絡先 について次のように説明いたしました。不明な点がありましたら主治医に御相談ください。

① 内容

体を詳しく調べるため、CT 検査が必要です。CT 検査では放射線を用いて、体内の様子を細かく写真に撮ることができ、様々な病気やけがの状態を知ることができます。

CT 検査は、放射線被ばくを伴いますが、放射線被ばくによる健康への影響を考慮しても、CT 検査によって病状を評価することは有益と考えられます。

② 放射線被ばくに関する危険性と当院の取り組み

- ・ 通常の CT 検査では、1回の被ばく線量が 100 ミリシーベルトを超えることはありません。
- ・ 100 ミリシーベルト以上の被ばくでは、被ばく線量の増加とともに、発がんのリスクは上昇します。しかし、100 ミリシーベルト未満の被ばくでは、明らかな発がんリスクの上昇は認められていません（確率的影響）。
- ・ 100 ミリシーベルト未満の被ばくでは、脱毛や皮膚障害など人体への明らかな障害を認める事はありません（確定的影響）。

当院の CT 検査での推定被ばく線量について（mSv：ミリシーベルト、被ばくを評価する値）					
成人		小児			
頭部単純	2mSv		1歳未満	1～5 歳	6～10 歳
胸部単純	5mSv	頭部単純	3mSv	2mSv	2mSv
胸部～骨盤単純	13mSv	胸部単純	4mSv	2mSv	2mSv
腹部～骨盤単純	11mSv	腹部単純	4mSv	5mSv	5mSv
肝臓ダイナミック	25mSv	推定される被ばく線量は目安であり、体格や撮影範囲、検査目的によって異なります			
冠動脈	18mSv				

- ・ 当院では、公的機関より提示されている指標（診断参考レベル DRLs）等を参考にして、可能な限り少ない放射線量で CT 検査をするように検討を行っています。
- ・ お子様の場合は、体格を考慮して大人よりも少ない放射線量で検査をしています。

③ 同意を撤回する場合

同意書をいただいた後でも同意の撤回ができます。その場合は主治医・担当医にご連絡ください。なお、同意を撤回することにより不利益をこうむることはありません。

④ 被ばくの記録とプライバシー保護

法令により、検査による被ばく線量の記録・保存をしますが、秘密は守られます。また、記録を検査の検討や医学研究、学会発表等に使用する場合がありますが、名前や個人を識別する情報が使用されることはありません。

⑤ 連絡先

本検査についてご不明な点がある場合には、説明した医師にご連絡ください。また、検査後に緊急の事態が生じた場合には、診療科に連絡してください。

以上のことを十分ご理解の上、検査を受けられることをおすすめします。

ご不明な点がございましたら主治医までご相談下さい。

造影 CT 検査 説明書

検査に際し ①内容、目的、必要性、有効性 ②副作用と発生頻度、合併症 ③静脈注射について ④受けなかった時の不利益について次のように説明いたしました。不明な点がありましたら主治医にご相談ください。

① 内容、目的、必要性、有効性

(患者氏名@)様の病気をより正しく評価するためにヨード造影剤を用いた CT 検査が必要です。造影剤は 100ml 程度を静脈から注入します。全身に分布した後、投与後 24 時間で腎臓から尿中に排泄されます。造影剤を使用して撮影することで、より詳しい画像情報を得ることができます。

② ヨード造影剤の副作用と発生頻度、合併症

造影剤を使用すると約 3 %の頻度で副作用が現れることがあります。副作用の多くは軽症ですが、ごくまれに重度の副作用が約 0.04 %の頻度で起こります。

(1) 即時性副作用：投与直後～1 時間以内

(軽度) 発疹、蕁麻疹、吐き気、悪心、嘔吐、頭痛、熱感、など。多くは治療を必要としません。

(重度) 低血圧ショック、アナフィラキシー、呼吸停止、心停止、痙攣、不整脈、腎障害など。

(死亡) 30 万回～40 万回で約 1 件程度報告されています。

(2) 遅発性副作用：1 時間～数日後

発疹、発熱、悪心、めまい、倦怠感、腎機能の低下、などがあります。

※ 次の既往がある方については、副作用を生じる可能性が高くなる場合がありますので、担当医にお申し出ください。

喘息の既往やアレルギー体質／造影剤使用で副作用を経験している／ヨード過敏症がある／
重い腎臓の病気がある／重い甲状腺の病気がある／重い心臓病がある／重い肝臓の病気がある
／マクログロブリン血症といわれている／多発性骨髄腫といわれている／テタニーといわれている／
褐色細胞腫といわれている／β遮断薬（心不全や血圧の薬）、インターロイキン 2、
ビグアナイド系血糖降下剤（メトグルコ、メデット等）を服用している／

※ 万一、副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。

③ 静脈注射について

造影剤を注入する際、熱感を伴いますが、数分以内に消失しますので心配ありません。しかし、まれに注射部位より血管外へ造影剤が漏れることがあります。注射部位に痛みや腫れがある場合はスタッフに申し出てください。痛みやしびれなどの症状が強い場合は切開などの処置が必要となることがあります。

④ 受けなかった時の不利益

造影剤を使わなくても CT 検査は行えますが、正確に診断する為の情報が得られない場合があります。

以上のことを十分ご理解の上、検査を受けられることをおすすめします。
ご不明な点がございましたら主治医までご相談下さい。

CT 検査 同意書

検査予定日： 令和 年 月 日

病院記載欄 <同意書が得られない場合>

- ☐ 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意をとれる状態にない
☐ 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない ☐ 口頭もしくは電話で同意を得た
☐ 家族と連絡がとれない ☐ その他()
- 令和 年 月 日 担当医師 _____ (自署)
確 認 者 _____ (自署)

私は、CT 検査について主治医から CT 検査説明書および造影 CT 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

【説明期日・説明場所・説明者】

令和 年 月 日 時 分 [説明場所: 外来、 病棟]

(担当医師) (自署)

(自署)

私は、CT 検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

1. CT 検査を受けることについて

- ☐ 同意します。
☐ 同意しません。

2. 造影検査を受けることについて

- ☐ 同意します。なお、このたびの検査実施中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合にはその措置を受けることについても同意します。
☐ 同意しません。

令和 年 月 日 時 分 [同意場所: _____]

松江赤十字病院 院長 大居 慎治 あて

(患者本人) 氏名 _____

(ご家族) 氏名 _____ 印 続柄 ()

*検査治療等にあたっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いしています。(ご家族の範囲については、現実には患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者といえます。)

CT 検査 同意書

検査予定日： 令和 年 月 日

病院記載欄 <同意書が得られない場合>

- ☐ 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意をとれる状態にない
☐ 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない ☐ 口頭もしくは電話で同意を得た
☐ 家族と連絡がとれない ☐ その他()
- 令和 年 月 日 担当医師 (自署)
確認者 (自署)

私は、CT 検査について主治医から CT 検査説明書および造影 CT 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

【説明期日・説明場所・説明者】

令和 年 月 日 時 分 [説明場所： 外来、 病棟]

(担当医師) (自署)
(自署)

私は、CT 検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

1. CT 検査を受けることについて

- ☐ 同意します。
☐ 同意しません。

2. 造影検査を受けることについて

- ☐ 同意します。なお、このたびの検査実施中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合にはその措置を受けることについても同意します。
☐ 同意しません。

令和 年 月 日 時 分 [同意場所：]

松江赤十字病院 院長 大居 慎治 あて

(患者本人) 氏名

(ご家族) 氏名 印 続柄 ()

*検査治療等にあたっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いしています。(ご家族の範囲については、現実には患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者いたします。)

造影 CT 検査 問診票

氏名： _____ 様 生年月日： _____

検査予定日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

安全に検査を行うために、以下の質問にお答えください。

- ① あなたの体重をおしえて下さい。※造影剤の使用量を決めます。 **体重** _____ **kg**
- ② 今まで造影剤を使ったCT検査を行ったことがありますか？ はい いいえ
⇒はいと答えた方へ：何か副作用がありましたか？ はい いいえ
⇒はいと答えた方へ：どのような症状でしたか？
☐ 吐き気、嘔吐 ☐ かゆみ ☐ 湿疹 ☐ 呼吸困難 ☐ 血圧低下 ☐ その他 _____
- ③ 喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか？ はい いいえ
- ④ アレルギーの病気や体質がありますか？ はい いいえ
☐ じんましん ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ 花粉症
☐ ヨードアレルギー (イソジン消毒液 のどスプレー カデックス軟膏 等)
☐ 飲食物 ☐ 薬 ☐ その他 (_____)
- ⑤ 糖尿病の薬を服用していますか？ はい いいえ
⇒はいと答えた方へ：検査当日CT室にお薬手帳を持参してください。
- ⑥ 血圧や心臓の薬(β遮断薬)を服用していますか？ はい いいえ
⇒はいと答えた方へ：検査当日CT室にお薬手帳を持参してください。
- ⑦ 以下の病気といわれたことがありますか？ はい いいえ
☐ 重い心臓病 ☐ 重い肝臓病 ☐ 重い腎臓病 ☐ 甲状腺の病気 (甲状腺機能亢進症など)
☐ 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
- ⑧ 以下の電子機器を装着していますか？ はい いいえ
☐ ペースメーカー ☐ 埋め込み型除細動器 ☐ 持続血糖測定器・インスリンポンプ
- ⑨ 女性の方へ：妊娠の可能性ありますか？ はい いいえ 授乳中

あなたが造影剤の使用に同意されても、検査時のあなたの体調及び今後の検査データ結果で、放射線科医師が造影剤使用を中止することがあります。ご了承ください。

患者様から検査についてのご要望、ご相談がありましたらご記入下さい。