

# CT 検査を受けられる方へ

ID \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_

## ■ CT 検査とは

CT とは、Computed Tomography（コンピュータ断層撮影）の略です。体の周りから X 線をあて、体を通過した X 線情報をコンピュータで解析し、連続した断層写真（輪切りの画像）を得る検査です。

病変を詳しく診るために腕の静脈からヨード性造影剤という薬を注射しながら撮影することがあります。

## ■ 検査にかかる時間

通常の検査時間は、7分～20分程度です。また体の静止と呼吸を止めていただく時間は、7秒～15秒前後です。詳しく診たい場合には撮影回数を増やしヨード造影剤を注射する場合がありますので、検査の目的と内容にもよりますが、体の静止と呼吸については数回指示をいたします。

★ 禁忌事項：次に該当する方は、検査ができない場合があります。事前にご確認下さい。

- ・ペースメーカーや除細動器を装着している。（手帳をお持ちください）
- ・妊娠、又は妊娠している可能性がある。
- ・過去に、ヨード性造影剤に対する過敏症（かゆみ、はきけ）があった。



## ■ 注意事項について

2022.12

来院前	検査当日の食事や水分、服薬は普段どおりとっていただいてもかまいません。 検査内容によっては食事を控えていただくことがあります。あらかじめ指示をいたします。 【検査前の食事】 <input type="checkbox"/> 食事は通常どおり <input type="checkbox"/> （朝、昼）食はとらないでください <input type="checkbox"/> 水分（可、不可） 【検査前の服薬】 <input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> （ ）の服薬はできません
当日の来院時	当日は、受診科（ブロック）に診察券を提出して検査 10分前までに受付を済ませてください。 かみいち総合病院以外の病院又は、医院からのご紹介で検査に来られた方は、北館 1 階の総合受付に紹介状を提出してください。
検査前	検査部位にあるアクセサリ等の金属類、リブレ、使い捨てカイロなどは外していただきます。 検査着に更衣することが必要な場合があります、スタッフの指示に従ってください。
検査中	検査用ベッドに横になり、動かないで静かにしてください。 息止めが必要な場合は合図をいたしますので、それに合わせてください。検査中は担当する技師と話しができますので、何かあれば声をかけてください。 造影剤検査ではお薬の影響で体が熱く感じますが、しばらくすると戻りますので、心配しないでください。
検査後	食事など、特に注意していただくことはありません。造影剤を使用した場合は、水分をいつもより多くとるようにしてください。お薬は尿から排出されます。 検査結果は主治医から説明があります。 本院以外の医療機関から来られた方は、撮影した画像（CD-R）をお渡ししますので、検査終了後しばらくお待ちください。

## ■ 被ばくについて

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。（実際に放射線を照射している時間は数十秒です。）

一般的には CT 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、検査を受けていない人に比べて発がん率や遺伝的影響の差はないといわれています。

また、定期的な X 線 CT 検査をおすすめすることがありますが、複数回の CT 検査を受けた場合でもその影響が蓄積するわけではありません。人体には、けがの回復と同じように放射線による影響に対する修復機能がはたらくからです。

当院では放射線に関する法令や関連学会のガイドラインをもとに、検査における放射線量の適正化・最適化を行っています。小児においては小児専用の撮影条件を用い、より一層の被ばく線量の低減に努めています。

※ 検査や治療の内容によって手順が異なることがあります、また希に後日追加で撮影する場合があります。

主治医やスタッフからお話された内容をご確認ください。

検査に対するお問い合わせ、または予約の変更などの連絡先：かみいち総合病院（076-472-1212）各依頼科へ

# 造影剤を使用される患者さんへ

## CT等（ヨード造影剤）

I D  
名前 ・ 生年月日

性別

検査日

検査部位

- 当病院では病気の存在や病気の性質を正確にみるために、主治医が必要性を判断した上で造影剤を使用します。

造影剤は主として静脈注射しますが、検査内容によって投与経路が異なります。

- 造影剤には少数例ながら過敏症が認められ、どのような方に過敏症が生じやすいか、かなり明らかとなっています。

副作用として軽度なものではじんましん、発汗、悪寒、嘔吐、めまい、頭痛がありますが、重篤なものではショックに至るものも報告されています。しかし、ショックは報告でも極めて頻度が低く、不測の場合に備えて各検査室では常に過敏症に対する万全の準備を整えています。

- 医師が造影剤の使用の判断をする参考にするため、以下の問診票にご記入をお願いいたします。また、造影剤の使用について同意いただける方は署名をお願いします。代理人の方でも構いません。わからないことがありましたら担当者に相談してください。

改訂 2023.9

### 問 診 票

○をつけてください

1. 以前に造影剤を使用した検査を行ったことがある。	( はい ・ いいえ )
2. 以前に造影剤を使用され、気分が悪くなったり、じんましんが出たことがある。	( はい ・ いいえ ) 検査名 ( )
3. 甲状腺の病気を指摘されたことがある。	( はい ・ いいえ )
4. 気管支喘息や薬剤による、じんましん等、アレルギー疾患（アレルギー性鼻炎も含む）と言われている。	( はい ・ いいえ )
5. 腎臓の機能が悪いと言われたことがある。（クレアチン値参照）	( はい ・ いいえ )
6. 糖尿病と診断されたことはありますか。	( はい ・ いいえ )
【はいの場合】 糖尿病治療薬を服薬していますか。 薬の名前の記載をお願いします。（例 メトグルコ、メトホルミン等）	( はい ・ いいえ ) 薬の名前 ( )
7. 下記の疾患と診断されたことはありますか。 （・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）	( はい ・ いいえ )
8. 妊産婦、あるいは授乳中である。	( はい ・ いいえ )
9. 血管の場所がわかりづらいと言われたことがありますか。	( はい ・ いいえ )
10. その他、造影剤の使用に心配なことがある。 内容 ( )	( はい ・ いいえ )
問診者	

- 検査にて使用されることが予想される造影剤の説明を受け、十分に理解したので、  
( CT 検査 ) ・ ( 検査名: ) で造影剤を使用することに、

《 同意します。 ・ 同意しません。 》 どちらかに○をつけてください。

医師:

氏名:

当日確認① \_\_\_\_\_

代理人(続柄・代筆者) \_\_\_\_\_

当日確認② \_\_\_\_\_

記入日 年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- なお、検査後しばらくして（多くは2日以内）症状が出ることがありますので、その際は遠慮なく診療科（時間外では当直）へ連絡してください。検査後に報告されている造影剤の副作用は吐き気、嘔吐、じんましん、かゆみ、めまいです。

連絡先: かみいち総合病院 076-472-1212