

## C T 検査依頼票

(FAX専用)

(宛先) 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

令和 年 月 日

(地域医療連携センター行) FAX 番号 (052) 723-7356

医療機関名称 :

依頼医師名 :

TEL :

FAX :

下記の患者さんのCT検査依頼票を送付いたします。

|  |                  |                              |
|--|------------------|------------------------------|
| フリガナ<br>患者氏名   | 男 女              | 生年月日<br>大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 患者住所   | 〒                |                              |
| 緊急連絡先  | ( ) -            |                              |
| 東部医療センター受診歴  | 有 (ID 番号 - - ) 無 |                              |
| 【検査第一希望日 : 月 日 ( ) AM ・ PM】                            |                  |                              |
| 【検査第二希望日 : 月 日 ( ) AM ・ PM】                            |                  |                              |
| 連絡事項 (具体的な目標部位又は器官名等)<br>※診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。 |                  |                              |

1～8について該当する項目に○印をお願いいたします。

- 検査部位 頭・頸・胸・腹・骨盤・頸椎・胸椎・腰椎  
四肢 (左/右、部位 : ) ・その他 ( )
- 撮影手法 単純・単純+造影
- 希望媒体 CD-ROM ・ フィルム
- 植え込み型除細動器の有無 無 ・ 有
- 妊娠の可能性 無 ・ 有

造影検査をご希望される場合には以下の記載、患者様への説明および同意書取得をお願いいたします。

- クレアチニン値 \_\_\_\_\_ mg/dl (採血日 年 月 日) ・ 当院にて血液検査希望  
※当院にて血液検査 (腎臓の機能) を希望される方は、予約時間の1時間前にご来院ください。
- 造影剤副作用の有無 無 ・ 有 ・ 不明
- 造影剤リスクの有無 (1年以内の喘息発作、コントロール不能な甲状腺疾患) 無 ・ 有
- 糖尿病薬 (特にビグアナイド系) の有無 無 ・ 有  
※eGFR60未満の場合、検査2日前より休薬をお願いいたします。

以下、チェックをお願いいたします。

- 被ばくに関する説明を行いました。
- 造影を行う場合、必要性および危険性につき説明を行い、同意書を取得しました。
- ※ 造影検査同意書は検査当日にご持参ください。
- ※ 検査にて緊急対応が望ましい所見を認めた場合、当院の判断で受診および処置をお勧めさせて頂くことがあります。

# 造影 CT 検査 説明書

患者氏名 : \_\_\_\_\_ 様

検査予約日時 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1) 目的

造影剤を用いることで病変や血管をより明瞭に描出し、正確な診断を行うことを目的とします。

2) 方法（手法）

- ・ 腕の静脈に点滴ルートを確認します。
- ・ 確保した点滴ルートよりヨード造影剤を注入し、CT 検査を行います。
- ・ 検査終了後 30 分間は、副作用の発生に備え安静管理させていただきます。

3) 副作用

造影剤の注入時に、身体が熱く感じるがありますが、一時的なもので副作用ではありません。副作用の症状のほとんどは、吐き気、嘔吐、くしゃみ、じんましんなどの軽度なものです。しかし、きわめて稀に血圧低下や呼吸困難などの生命に関わる重篤な症状が現れる場合があります、死に至る報告もあります。副作用が生じた場合は、適切な処置がとれるように備えています。また、稀に検査終了数時間から数日後に遅発性の副作用が生じる場合があります。症状が現れた場合には、当病院の方にご相談ください。

腎機能障害のある患者様では、造影剤腎症を起こすことがあります。通常は 1 週間程度で回復しますが、稀に透析が必要となる慢性腎不全に至ることがあります。

その他にも、造影剤注入時に造影剤や生理食塩水が血管外に漏れて、局所が腫脹し痛みを伴う場合があります。ほとんどは時間経過とともに吸収されますが、稀に治療が必要となる場合もあります。

4) 選択の自由について

この検査を承諾されるかどうかは、患者様の意思が尊重されます。承諾されない場合でも、不利益を受けることはありません。

5) 同意の撤回について

いったん同意をされた場合でも、いつでも撤回することができます。撤回される場合は、その旨を病院スタッフにお申し出ください。

6) 特記事項（適応・注意点など）

- ・ 内服薬などは通常どおり服用してください。ただし、ビグアナイド系糖尿病用剤を服用されている方で、腎機能が悪い（eGFR60 未満）場合には、検査前 2 日間、検査当日、検査後 2 日間の計 5 日間について服用を一時中止してください。
- ・ 当院では検査後の授乳制限はしていません。薬の説明書と記載は異なりますが、乳児へ吸収される量は極めて少なく、影響があるとは考えにくい量であるとわかっています。

重篤な腎障害のある患者様では、造影剤を使用できない場合があります。

# 造影 CT 検査に対する同意書

- ※ 検査に同意されれば、下記の同意書に署名して頂き、その写しを2部作成して下さい。  
※ 連携医療機関控え用は、貴院にて保管し、患者さん控え用と東部医療センター用を患者様にお渡し頂き、検査当日に東部医療センター用の同意書(原本)を持参して頂くよう、ご説明をお願いします。貴院より同意書をFAXで送信していただいてもかまいません。同意書をお持ちでない場合は、基本的に単純のみで検査を終了させていただきます。

連携医療機関控え用(複写)  患者様控え用(複写)  東部医療センター用(原本)  
\*FAX送信でも可

1、 検査の名称： 造影 CT 検査

2、 実施予定日： 年 月 日

患者様、および関係者の方に対して、上記事項をご説明いたしました。

説明日時 : 年 月 日 午前・午後 時

医療機関名 : \_\_\_\_\_

説明医記名 : 氏名 \_\_\_\_\_

同席者署名又は記名 : (医師・看護師・薬剤師・その他) 氏名 \_\_\_\_\_

私は、上記事項(放射線被ばくも含め)について十分な説明を受け、さらに、質問する機会も与えられ、その内容に関して理解しました。その上で、造影 CT 検査を受けることを希望します。また、適切かつ必要と認められる検査・治療の追加・変更・中止にも同意をいたします。

同意日 : 年 月 日

本人署名欄(自署):(患者様本人が同意能力のない未成年の場合、意識障害・病状等により同意・署名ができない場合は、「代諾者署名欄」に署名してください)

氏名(自署) \_\_\_\_\_

代諾者署名欄:(上欄の本人署名がある場合は不要です)

(続柄 : )

氏名 \_\_\_\_\_

家族等署名欄(同席・同席以外)

(続柄 : )

氏名 \_\_\_\_\_

## 造影 CT 検査 問診票

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査をできるだけ安全確実に行うため、以下の項目に答えていただき、検査当日地域医療連携センターにご持参ください。

## ＜問診＞

該当する項目に印☑をつけ、“はい”を選ばれた方は該当項目について（）内に記載をお願いします。

- ・造影剤を使用した検査で副作用を起こしたことがありますか。  
□いいえ □はい （検査名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_）
- ・重篤な甲状腺疾患がありますか。  
□いいえ □はい
- ・ぜんそくがありますか。  
□いいえ □はい （直近発作日： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_）
- ・マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫の既往がありますか。  
□いいえ □はい （疾患名： \_\_\_\_\_）
- ・アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。  
□いいえ □はい （症状： \_\_\_\_\_）

各種デバイスについて、該当する項目に印☑をつけ、お答えください。

各種デバイスの手帳をお持ちの方は、ご持参ください。

- |                               |    |    |
|-------------------------------|----|----|
| ・ペースメーカー                      | □無 | □有 |
| ・除細動器付デバイス（ICD・CRT-D・S-ICD）   | □無 | □有 |
| ・神経刺激器（DBS・SCS）               | □無 | □有 |
| ・インスリンポンプ・持続グルコース測定器（CGM・FGM） | □無 | □有 |
| ・着用型自動除細動器（WCD）               | □無 | □有 |

・女性の方のみお答えください。

現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか。

□いいえ □はい □不明

・体重をご記入ください。

体重： \_\_\_\_\_ kg

## 診療に用いる放射線についての説明

東部医療センター

今回予定される検査では、診療に必要な情報を得ることを目的に放射線を使用します。

放射線被ばくの体への影響（確定的影響、確率的影響）について説明いたします。

**確定的影響**：比較的高線量（0.1～数 Gy以上）と一定以上の線量（しきい線量）を超える被ばくをしない限り、影響が発生することはありません。一度に大量の放射線を受けるときに生じる影響として皮膚障害、胎児発達障害、急性放射線症などがあります。

**確率的影響**：200mSvを超える被ばくにより、線量に比例して発生率が増加すると考えられている影響で、がん発症、遺伝的影響が含まれます。

ただし、100mSv（0.1Sv）以下の低線量被ばくでは、喫煙や飲酒と云った他の要因（生活習慣）による発がんの影響に隠れるほど影響は少ないため、放射線による発がんリスクの増加は明らかとなっていません。一方、100mSv以下の放射線被ばくは、生体刺激により発がんの減少や寿命の延長をもたらすという研究成果も数多くみられます。

**CT・アイソトープ検査**：体に影響が出ると言われている量よりも、はるかに少ない量を必要な場所に絞って使用するため、放射線による影響を心配されることはありません。

**血管造影検査**：透視を用いる検査であり、非常に検査時間が延長した場合、皮膚線量がしきい値を超えてしまい、部位によって発赤、白内障をはじめ障害を生じる可能性があります。

<放射線影響のしきい線量>

| しきい線量 (Gy) * | 障害    | 臓器        |
|--------------|-------|-----------|
| 0.1          | 一時的不妊 | 精巣        |
| 0.5          | 白内障   | 眼         |
| 6            | 永久不妊  | 精巣        |
| 3            |       | 卵巣        |
| 3-6 以下       | 皮膚発赤  | 皮膚 (広い範囲) |
| 5-10         | 皮膚熱傷  | 皮膚 (広い範囲) |
| 4            | 一時的脱毛 | 皮膚        |

\*しきい線量：これ以上、放射線を浴びると症状が現れるが、これ未満では現れない線量をいいます。すべての人に出るのでなく、被ばくした人の1%に影響が出る線量です。（1Gyは、1,000mGy）

<一般的な放射線診療における被ばく量（診断参考レベル等より DRLs2020）>

【検査等の内容により幅があります】（カッコ内は当院の被ばく線量）

※1Gyは、1,000mSvに相当します。

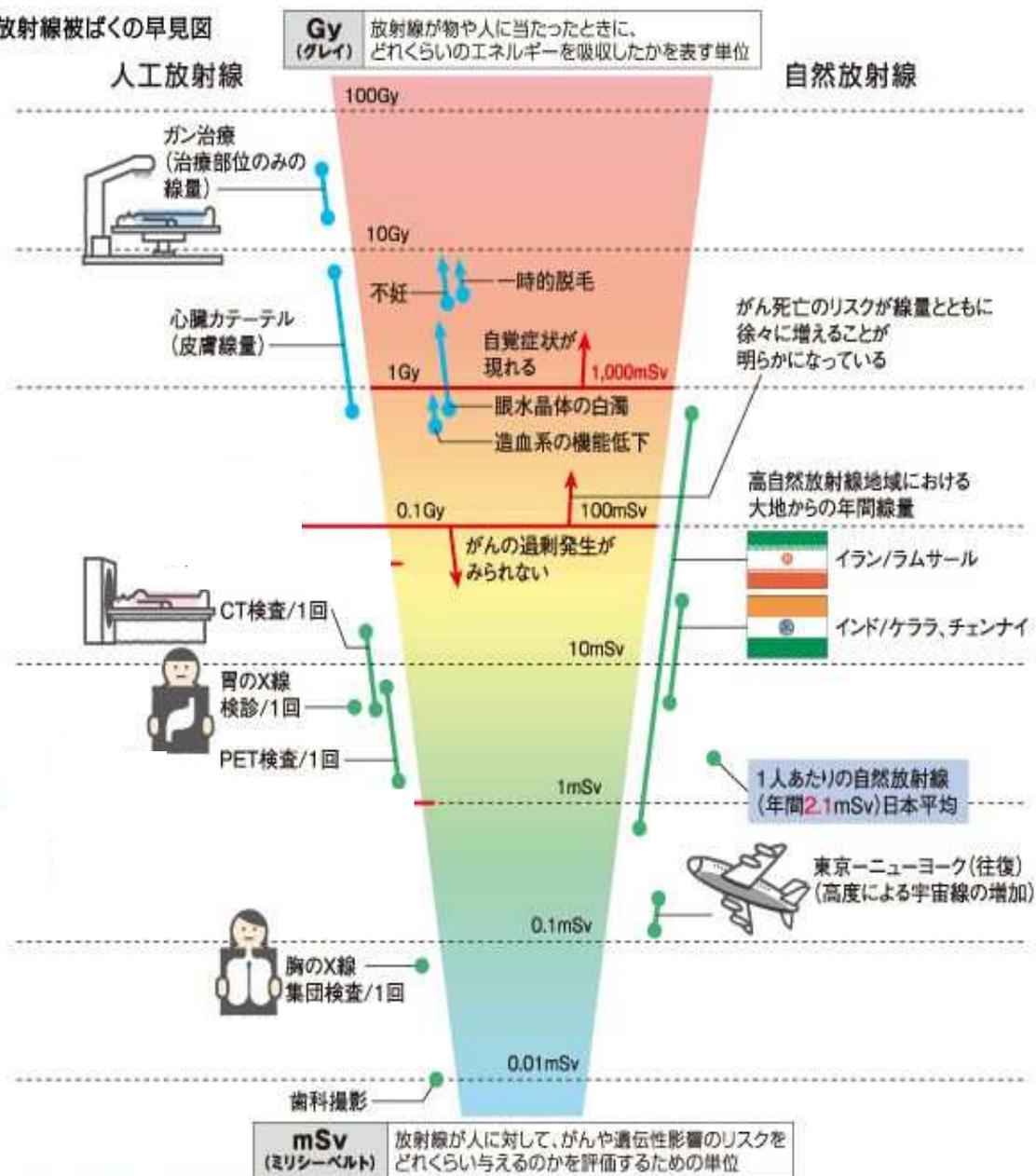
- ・胸部単純X線写真 0.4mGy (0.1mGy)
- ・CT検査 13-77mGy (頭部：64.3mGy 胸部：10.3mGy 腹部：10.7mGy)
- ・アイソトープ検査 0.5-15mSv (骨シンチ：2.3mSv)
- ・血管造影 17mGy/分 (心筋：8mGy/分、頭・腹部：6mGy/分)

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、放射線診療において検査による利益が不利益を上回ることを検討し、必要性があると判断した場合に実施します。また、検査目的に最適化した放射線診療の管理にも務めています。

今回の検査を受けた場合、より適切な治療方針のための情報を得ることができます。

検査を受けなかった場合、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。

■放射線被ばくの早見図



※数値は有効数字などを考慮した概数です。

参考：(独)放射線医学総合研究所

放射線医学総合研究所より引用 (<http://www.nirs.qst.go.jp>)