

# CT 検査申込案内（医師用）

## ◎ご紹介くださる先生方へ

FAX で CT 検査を申し込まれる場合は、別紙「CT 検査申込書」を医療連携担当まで送付して下さい。

### 1 予約先 東京都立多摩総合医療センター 医療連携担当

申込用紙送付先 **FAX 042-323-9205**

予約に関する連絡 **TEL 042-323-5111（内線 2184）**

### 2 予約についての注意事項（必ずご確認ください）

- FAX 申込書を参考に当院放射線科医師により事前に検査の詳細な計画をたてさせていただきます。
- CT 検査予約の前に、患者さんへの問診により、別紙 CT 検査申込書（FAX 専用）のチェックリストの項目を記入して FAX 送信して下さい。また、説明書の内容を患者さんと一緒に確認していただき、同意書に患者さんの署名を記載するようにご説明ください。
- CT 検査時当日は、ご紹介状（依頼目的及び臨床情報の詳細を記載したもの）、同意書、X-P、CT 画像データなどの参考資料（CD-R 等）をお持ちいただくようお願いください。
- 検査の予約日時の変更は、基本的には行っておりません。その場合、一旦予約を取り消していただき、改めて希望の日時に予約を入れてください。予約取り消しの連絡先は上記の医療連携担当になります。

### 3 チェック項目の内容と患者さんへの説明

- より詳細な画像を得るために、造影剤を使用する場合があります。  
最終的な判断は当日当院放射線科医師が行いますが、事前にチェック項目の確認、記載が必要です。
- 血清クレアチニンは原則 3 ヶ月以内の測定値が望ましいと考えます。  
腎機能の程度によっては、造影剤非使用あるいは減量使用となります。
- ビグアイド糖尿病薬服用者の場合、造影剤投与による乳酸アシドーシスがまれに報告されており、検査当日朝から検査 2 日後まで一旦服用を中止していただく必要があります。
- 造影剤副作用はほとんどが軽度なものです。重篤な副作用（血圧低下、呼吸困難など）は 2 万人に 1 人の割合で、死亡例は 40 万人に 1 人の割合で発生といわれています。また、造影剤使用后 1 週間以内に皮疹による遅発性副作用も報告されています。万が一の副作用に対して、当院では、すぐに適切な処置を行えるように万全の体制をとっておりますので、患者さんには説明ください。
- 過去に副作用が出なくても新たに出ることもありますので、先生方には毎回説明をお願いいたします。
- チェック項目を確認、記載、患者さんへの説明をしていただき、最終的な造影剤使用可否を記載してください。

### 4 飲食の制限について

- 検査 4 時間前までに食事を済ませるようお願いください。
- ただし飲水は制限しないでください。脱水は造影剤副作用を誘発するといわれています。水分制限のない方は、積極的に水分をお取りください。  
乳製品は取らないようにしてください。

お問い合わせ先 東京都立多摩総合医療センター TEL : 042-323-5111

検査について : 診療放射線科 CT 室 内線 2196

予約について : 医療連携担当 内線 2184

**CT 検査 申込書 (FAX 専用)** (FAX 042-323-9205) 送付日 年 月 日

依頼元医療機関 (報告書送付先)

担当医お名前

ご住所 〒

お電話

FAX 番号

検査予約希望日時 年 月 日 午前・午後 前回検査の有無 (有・無)

CT 画像は (CD-R・フィルム) 希望

(フリガナ)

患者氏名 (男・女) 生年月日 T・S・H・R 年 月 日

住 所 〒

自宅電話番号 ( ) 当院受診歴 (有・無・不明)

(ID: )

疾患名: \_\_\_\_\_

(当てはまる場合は  をお願いします)

54・83 難病医療証使用

自費診療

主 訴: \_\_\_\_\_

検査目的・臨床情報:

<検査希望部位> ○をお願いします。

頭部 (脳・下垂体・眼窩・内耳道/側頭骨・副鼻腔)

頸部 (顎関節・咽頭喉頭・耳下腺) 胸部 (心大血管・縦隔・肺)

腹部 (肝胆脾・腎臓・大動脈) 骨盤 (骨盤)

脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎) 四肢 (上肢・下肢)

その他 ( )

※検査内容によっては、造影剤の使用が診断をより詳細、確実にする場合があります。

<チェックリスト>造影剤使用にあたり、以下の項目にご記入をお願いします。

**造影剤使用の場合以下の項目の確認が必要です。結果によっては使用不可能な場合があります。**

気管支喘息・アレルギー体質 (有・無)

ヨード過敏症 (有・無)

妊娠初期・妊娠の可能性 (有・無)

血清クレアチニン値 \_\_\_\_\_mg/dl (測定日 月 日)

ビッグアイド糖尿病薬服用 (有・無) 有りの場合は検査当日朝より内服中止としてください

**造影剤による副作用の説明をお願いします。**

吐き気 かゆみ 発疹 めまい アナフィラキシーショック等

上記チェックリスト結果から、最終的に当院放射線科医師により判断させていただきます。

患者さん (あるいはご家族) に説明したうえで造影剤使用の可・不可をご記入ください。

**造影剤使用の可否 (可・不可)**

患者氏名 \_\_\_\_\_

## CT検査 説明書および同意書

性別 男・女 \_\_\_\_\_

**(検査当日に必ずお持ちください)**

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

(検査実施時記入)

多摩総合ID: \_\_\_\_\_

### 1 CT検査とは

- X線を用いて身体の断面を撮影し、病気の診断を行います。  
検査時間は部位や病気の種類により異なりますが、約10分～20分程度です。
- 診断の目的に応じて造影剤を静脈から注射する場合があります。稀に、下記のような副作用が生じる可能性があります。造影剤を投与することにより病気の診断に極めて重要な情報が得られることをご理解ください。

### 2 CT検査に伴い起こりうる合併症の可能性及び危険性について

#### ① 造影剤による副作用について

- 造影剤により、稀にアレルギー反応を生じることがあります。  
アレルギー体質・気管支喘息・薬物過敏症のある方や以前に造影剤で副作用の出たことのある方は、検査前に検査担当技師にお申し出ください。
- 症状としては、吐き気・かゆみ・くしゃみ・発疹・めまい等で、そのほとんどは軽度なものです。しかし、2万人に1人程度の割合で、重度な副作用（血圧低下、呼吸困難、意識混濁等）が出現することもあり、40万人に1人の割合で死亡例も報告されています。しかし、万が一の副作用に対して、当院ではすぐ適切な処置を行えるように万全の体制をとっております。
- 検査中に異常を感じた方は、すぐに検査担当技師にお申し出ください。
- 検査終了直後数時間から、一週間以内に皮疹（遅発性副作用）が起こる場合もあります。徐々に消失することとされていますが、増悪する場合や一週間を超えて持続する場合は、別紙問い合わせ先までご連絡ください。

#### ② 造影剤の血管外漏出について

- 造影剤は機械を用いて静脈内に注入されます。圧力センサーや触診によって確認しながら注入しますが、稀に造影剤が血管外に漏れ出してしまう場合があります。
- 注射部位に、急激な痛みや違和感がある場合は、即座にお申し出ください。速やかに対応いたします。

#### ③ 妊娠、授乳中の検査実施について

- CT検査はX線を用いるため、妊娠および妊娠している可能性のある方は、検査前に検査担当技師にお申し出ください。
- 造影剤は母乳中に、ごく微量排泄されるため、日本の造影剤添付文書では、一時的に授乳を避けることとされています。しかし、日本・アメリカ・ヨーロッパの学会では、造影剤使用直後から授乳をしても安全であると提言しています。ご不明な点などは、依頼医師にご相談ください。

### 3 その他

- この検査（処置）に関連して、緊急の場合あるいは医学上の立場から処置を変更する必要があることを予めご了承ください。

同意書

医療施設名

依頼医師

印

私は、CT検査について上記医師よりの説明を受け、その必要性および安全性並びに合併症などの危険性を十分理解し納得しました。については、検査を実施することに同意します。なお、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置を施すことについても同意します。

年 月 日 本人氏名（署名） \_\_\_\_\_

同意者氏名（署名） \_\_\_\_\_ （続柄） \_\_\_\_\_

## CT検査を受けられる方へ（ご案内）

### 【注意事項】



1. 検査の時に診断に必要なお薬（造影剤）を使用することがありますので、次の準備をお願いします。

① 検査予約時間の4時間前までに食事をお済ませください。

水分制限のない方は、積極的に水分（お水・お茶）をお取りください。  
ただし、乳製品は摂らないようにしてください。

② 検査当日、紹介状と検査同意書を必ずご持参ください。

③ いつも服用している薬は飲んでかまいません。

ただし、糖尿病薬は医師の指示にしたがってください。

糖尿病の中でも以下の薬剤を服用の方は、造影剤併用による副作用の危険があり、当日朝から検査2日後まで一旦服用を中止していただく必要があります。

服用中のおくすりの名前を主治医と確認くださるようお願いいたします。

糖尿病薬例

メトホルミン（商品名：メット、メトグルコ、ネルピス、メルビン、グリコラン、メトリオン、等）

ブホルミン（商品名：ジベトス、ジベトンS、等）

④ 次の項目にあてはまる方は検査前にお申し出ください

- ・造影剤で副作用歴のある方
- ・気管支喘息のある方
- ・アレルギー体質の方
- ・薬剤過敏症のある方
- ・妊娠及びその可能性のある方
- ・水分摂取に制限のある方

⑤ 造影剤はそのほとんどが24時間以内に尿中に排泄されます。

検査後当日は水分補給を十分におこない、排尿を促してください。

2. 検査を行うため下記のついてご協力ください。

① 心臓ペースメーカー、または埋め込み除細動器をご使用の方は、使用機器がわかる手帳などをご持参ください。

② ネックレス、エレキバン、湿布、ホカロン、金具のついた下着類ははずしていただきます。  
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越しください。

### 【造影剤について】

造影剤を使用する場合があります。下記の注意事項をお読みください。

① 必要に応じて「造影剤」を注射する場合があります。

② アレルギー体質、薬剤過敏症、妊娠及び妊娠している可能性のある方はお申し出下さい。

③ 造影剤を注射すると、吐き気、かゆみ、めまい等の副作用がごくまれに生じることがあります。  
異常を感じた際は、周囲にいる医師、担当技師、看護師にお申し出下さい。

④ 造影剤による副作用は、検査終了後から数日間後に生じる場合もあります。帰宅後に生じた場合は、  
下記問い合わせ先：救急外来にご連絡ください。

都合で検査を受けられなくなった場合、できるだけ速やかに依頼元の先生へ連絡をお願いします。

なお、不明な点がありましたら、下記の放射線科CT室までお問い合わせ下さい。

お問い合わせ先

月～土曜日（9時～17時）	多摩総合医療センター 放射線科CT室 TEL 042-323-5111（内線:2196）
休日・夜間（上記時間外）	多摩総合医療センター 救急外来 TEL 042-323-5111（内線:2237）

