

# 【単純CT検査】 ご紹介手順ガイド



単純CT 連携枠

毎週 月～木曜日 14:00 / 15:00

腎機能確認：不要

食事制限：なし

## ご紹介・予約完了までの実務手順 (3ステップ)

### 1 電話で予約枠を確保する

板橋病院 医療連携室に電話し、予約を確定してください。TEL: 03-3972-7800

### 2 必要書類を記入し、患者様へ手渡す

下記書類一式を患者様にお渡しください。単純CTでは事前FAXは不要（または紹介状原本のみ）です。

 様式1 診療情報提供書（紹介状） 様式5 被ばく説明書 (CT用) 「⑤ 単純CT検査予約票」

### 3 患者様へのご案内事項

「ご予約時間の**45分前までに**紹介状原本、保険証、予約票を持参し、1階総合案内にお越しいただく」ようお願いください。お食事等の制限はありません。

## ⚠️ 単純CT検査 ご紹介時の注意点

- **検査結果のご返送**：当日の画像持ち帰りはございません。翌日までに、画像CD-R及び読影レポートを紹介元医療機関（貴院）宛てに直接郵送いたします。
- **妊娠の確認**：X線被ばくを伴うため、妊娠中またはその可能性のある女性患者様の場合は、予約時および診察時に必ず事前に当院へお申し出ください。

# 診療情報提供書 (連携放射線検査依頼用)

(日大板橋病院提出用)

日本大学医学部附属板橋病院

放射線診断 科 担当医 宛

検査予定日 年 月 日 ( )

〒173-8610

東京都板橋区大谷口上町 30 番 1 号

連携予約番号 03-3972-7800 (平日: 9:00~16:30 土曜: 9:00~14:00)

FAX 03-3972-0018

年 月 日

医療機関名

(記載せずに名刺を添付頂いても結構です)

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

下記の患者様を紹介いたします。

紹介目的: MRI検査 CT検査

患者氏名 および 生年月日	フリガナ	男 ・ 女	大正・昭和	年 月 日生 ( 歳)
	様		平成・令和	
住所			TEL	( )
傷病名 又は 主要症状	検査目的			
検査区別 <input type="checkbox"/> 単純MRI <input type="checkbox"/> 単純+造影MRI <input type="checkbox"/> 単純CT <input type="checkbox"/> 単純+造影CT CT検査: 部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部~骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 頸椎・胸椎・腰椎 MR検査: 部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部(MRA有) <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝臓・膵臓・腎臓) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腹部EOB <input type="checkbox"/> 骨盤( <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 直腸 ) <input type="checkbox"/> 上肢・下肢( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 部位: _____ ) <input type="checkbox"/> 脊椎( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 )				

(日大板橋病院提出用)

## 単純CT検査をお受けになる方へ

患者様お名前



様

検査予約日時



年

月

日 ( )

 14:00  15:00

当日のご来院時間

ご予約時間の45分前までに必ずお越しください

事前確認とお手続きがございます



## ① 当日ご持参いただくもの

- ✓ 本予約案内書 (本紙)
- ✓ マイナカード・保険証
- ✓ 記入済みの被ばくに関する説明書 (様式5)
- ✓ 紹介状の原本
- ✓ 各種医療費受給者証



## ① CT検査のX線被ばくについて

CT検査ではごく少量の被ばくを伴いますが、正確な画像診断により治療方針を早期に確立できる利益は、微小なリスクを大きく上回ります。

※妊娠中、またはその可能性のある方は必ず事前にお申し出ください。



## お食事についてのルール

## ☑ お食事・水分の制限はありません

単純CT (造影剤を使用しない通常撮影) を受ける患者様は、お食事や水分に制限は一切ありません。通常通り召し上がっていただけます。

## 当日の流れ (目安所要時間: 約1時間~1.5時間)

45分前

1階 総合案内  
紹介状と予約票を  
提出

CT受付

受付登録  
検査室前へご案内

検査前

説明確認  
様式5 (被ばく) の  
確認

検査時間

CT撮影  
数分~15分程度で  
完了

地下1階

外来会計  
12番窓口・自動精  
算

結果送付

医療機関へ  
翌日までに紹介元へ  
発送



## ◎交通案内および駐車場情報

電車: 東武東上線 大山駅南口より徒歩15分 / タクシー約10分

タクシー: 池袋駅西口より約15分 / ときわ台駅より約10分

駐車場: 400円/60分

※大変混雑し満車になることが多く、駐車待ちにより予約時間に間に合わない恐れがあります。ご来院の際はなるべく公共交通機関をご利用ください。

バス (池袋駅から・約20~25分):

西口4番: 池05「日大病院」ゆき (終点)

東口8番: 光02「光が丘駅」ゆき「大山」下車徒歩8分

バス (千川駅から・約15分):

1番出口1番: 池05・池85「日大病院」ゆき (終点)

バス (赤羽駅から・約30分):

西口4番: 赤57「日大病院」ゆき (終点)

## 医療放射線被ばくに関する説明書（CT検査）

### ・CT検査とは

CT検査(コンピュータ断層撮影)は、X線を用いて体のあらゆる部位の断面像を撮影する検査です。検査時間も短く(5～15分程度)、全身どこでも検査できる為、とても有用性が高い検査です。

### ・放射線診療を行う理由(行為の正当化)

放射線診療は病気やけがを診断し、適切な診療に役立てていただくために行うものです。検査・治療に使用する放射線は被ばくを伴いますが、必要な範囲に限定して照射し、その放射線の量も必要最小限になるように管理していますので、安心して検査をお受けください。病状によっては繰り返し検査を行う場合もあり、放射線による体への影響について心配される方もいらっしゃると思います。しかし検査結果をもとに医師が適切な医療行為をすることで、そのリスクよりも、検査によって病気やけがの状況がわかることのベネフィット(利益)の方が大きくなると考えられます。妊娠中の方におかれましては、胎児被ばくの可能性を考慮した上で検査の必要性を十分理解し同意していただけた場合、放射線診療を行なうことがあります。従って、妊娠中および妊娠の可能性のある方は、検査予約の際に必ず申し出てください。

### ・放射線被ばくが体に及ぼす影響について

放射線被ばくが体に及ぼす影響には、確定的影響(組織反応)と確率的影響があります。確定的影響(組織反応)は、ある一定の線量(しきい線量)を超える被ばくをしたときに初めて生じるものです。CT検査など通常の放射線検査で受ける線量は、このしきい線量より少ないため、被ばくを受けた部位は通常24時間で再生され身体的症状が現れてくることはありません。確率的影響は、しきい線量がなく低い線量でも生じる可能性がゼロではないと考えられているものです。被ばく線量に比例してリスクが増加し、がんや白血病、遺伝性疾患が該当すると考えられていますが、ヒトでは遺伝性疾患が出現することは確認されていません。また放射線による発がんのリスクは極めて低く、飲酒、喫煙、運動不足などの生活習慣に起因する発がんリスクの方がはるかに高いと考えられています。

### ・医療被ばく低減への取り組み(防護の最適化)

- ① 放射線機器の被ばく低減機能を積極的に使用して最適な照射線量で検査を行っています。
- ② 放射線検査で受けた被ばく線量は、記録し管理しています。そのデータを被ばく線量の最適化の指標となる診断参考レベル(DRLs)と比較して、撮影条件の最適化を定期的に行っています。
- ③ 撮影で使用する放射線機器を定期的に点検し、照射線量が適切に出力されているかチェックするなど装置の最適化を行っています。
- ④ 小児は、年齢や体格に合った小児専用のプロトコルで検査を行い、必要最小限の被ばくで適切な画像を提供できるように努めています。

※ご質問などございましたら、担当医または検査担当の診療放射線技師にお尋ねください。

上記について説明を行いました。

説明日：       年    月    日

貴院名： \_\_\_\_\_

説明医師名： \_\_\_\_\_