

【造影CT検査】ご紹介手順ガイド



造影CT 連携枠

毎週 月～木曜日 14:00 / 15:00

腎機能確認：eGFR測定必須

食事制限：前3時間絶食

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、事前にFAX送信する

紹介状原本のほか、事前に患者署名を取得した同意書を医療連携室へFAX送信してください。FAX: 03-3972-0018

 様式1 診療情報提供書 様式6 造影問診・同意書 (要事前FAX) (eGFR必須) 様式5 被ばく説明書 (CT用) 「⑥ 造影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、同意書(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。**検査前3時間は絶食**です。

造影CT検査 ご紹介時の最重要注意点

- 腎機能(eGFR値)基準: 直近3ヶ月のeGFR値が**30未満**の場合は原則禁忌です。30～45の場合は補液等の慎重な検討をお願いします。
- ビグアナイド系糖尿病薬の休薬: ヨード造影剤併用での乳酸アシドーシス防止のため、**検査前後2日間 (計5日間) は原則休薬**するよう必ずご指導ください。
- 検査結果のご返送: 画像CD-R及び読影レポートを検査翌日までに、紹介元医療機関 (貴院) 宛てに直接郵送いたします (当日渡し無)。

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)

造影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

造影診察・ルート確保を行います



① 当日ご持参いただくもの (必須)

- ✓ 本予約案内書 (本紙) & 紹介状の原本
- ✓ マイナカード・保険証・各種医療受給者証
- ✓ 記入済みの「様式5(被ばく説明)」 & 「様式6(問診同意書)」



① 【重要】造影中止基準

- 3ヶ月以内のeGFR(腎機能)未計測
- 同意書(様式6)の署名漏れや不備
- 高度腎障害(eGFR 30未満)
- 重度アレルギーや喘息の既往



お食事制限と水分摂取ルール

● 検査前3時間は絶対絶食

ヨード造影剤の注入に伴う一時的な嘔吐から逆流・誤嚥を守るための厳しい食事制限です。お水・お茶は制限ありません。

● 検査後の積極的な水分摂取

ヨード造影剤は腎臓から速やかに尿へ排泄されます。検査後は、意識的にお水やお茶を多くお摂りください。



ビグアナイド系糖尿病薬について

併用による乳酸アシドーシスを防止するため、造影剤の使用前後2日間(計5日間)は原則休薬していただきます。

■ 当日の流れ (目安所要時間: 約1.5時間~2時間)

45分前

1階 総合案内

紹介状、同意書を
全て提出

CT受付

問診票確認

検査準備室へご案内

検査前

医師診察

造影剤使用判断と
ルート確保

検査時間

造影CT

造影剤注入と高速
スキャン

地下1階

外来会計

12番に提出・精
算・抜針

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： _____

造影CT検査に関する説明同意書

説明の内容

1 造影CT検査の目的と方法について:

<目的> 造影剤を使用しないCT検査ではわからない血管や血流の状態を詳しく診断するために行います。

<方法> ヨード造影剤100mL前後(病気や体格によって異なります)を腕や手などから静脈注射します。

2 造影CT検査の予想される効果と不利益(危険性, 合併症)について:

<効果> 造影剤の分布から, 血管の状態, 臓器や病変部の血流状態を知ることができ, より詳細な診断が可能となります。

<不利益>

①造影剤の副作用として以下の2つがあります。

1) [即時性副作用]

投与後すぐ(通常5分から30分以内)に起こります。嘔気, 嘔吐, 頭痛, 発疹, かゆみ, 手足のむくみ, 冷汗などが現れることがあります(頻度は5%以下)。

また, 呼吸困難, ショックなど生命にかかわる重篤な症状がでることもあります。(頻度は0.004%)。非常に稀に他の薬剤と同様10万から20万人に1人(0.0005~0.001%)の割合で死亡例の報告もあります。

2) [遅発性副作用]

造影剤使用後1時間から数日後に起こります。発疹・発赤・悪心・嘔吐・血圧低下・頭痛などが現れます(頻度は5~8%)。ほとんどの場合は治療の必要はありません。

②まれに造影剤が血管の外に漏れてしまうことがあります。もしも痛みがある場合はすぐにお知らせ下さい。

漏れた造影剤は自然に吸収されますが, はれが強いと処置が必要となる場合もあります。

③造影剤を注射すると一時的に身体が熱くなりますが, 正常な反応ですので心配はいりません。

④腎臓の働きが悪い(腎機能障害がある)場合は, 造影剤腎症(造影剤投与後の腎機能低下で, 多くは一過性ですが, まれに透析が必要となる慢性腎不全に至ります)が起こる可能性があります。

3 造影CT検査以外の可能な診療方法とその利害得失について:

他に超音波検査・MRI検査や造影剤を使用しないCT検査などがありますが, とくに血管や血流状態の把握が必要な病気では, 造影CT検査により詳しい診断が可能となります。

4 造影CT検査の副作用の予測と緊急処置について:

造影剤で副作用を起こすかどうかあらかじめ調べる方法は現在のところありません。当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており, 緊急時には担当医が最善の処置を施します。

腎臓の働きが悪く, 造影剤腎症の危険性がある場合は, 検査前後で点滴を行うことがあります。

5 検査で得られた画像等の情報の使用について:

大学病院は, 研究, 教育において重要な役割を担っています。従いまして, 本検査で得られた画像等の情報は, 検査を受けられた方に不利益がないよう個人情報に十分配慮し保護した上で, 医学研究や学会発表, 学術論文等に使用させていただく場合があることをご理解ください。

6 アレルギー歴・既往歴・食事および水分摂取等の確認：(説明医師がチェック, 記入)

- ① なし あり :ヨード造影剤やヨード過敏症による副作用歴
 ※ありの場合○で囲む → CT検査, 血管造影, 腎尿路造影, 胆道造影, その他()
- ② なし あり :気管支喘息などのアレルギー性疾患, 薬剤過敏症や蕁麻疹などのアレルギー歴
 ※ありの場合○で囲む → 喘息, 蕁麻疹, アトピー性皮膚炎, アレルギー性鼻炎,
 薬剤() 食物() その他()
- ③:腎機能チェック
 (測定日: / / eGFR値: mL/min/1.73m²) 検査前3か月を推奨
 ※eGFR 30~45mL/min/1.73m²: 造影剤腎症のリスクの説明と, 検査前後の補液が必要です。
 ※eGFR <30mL/min/1.73m²: 重篤な腎障害に該当し, 造影は原則禁忌です(透析患者は除く)
- ④ なし あり :ビグアナイド系糖尿病薬の服用
 ※乳酸アシドーシスのおそれがあるので, 造影剤使用前後2日間は休薬してください。
- ⑤ なし あり :腎毒性のある薬剤(抗菌薬, 抗がん剤, NSAIDなど)の投与
 ※造影剤腎症のリスクとなるので, 検査24時間前の投与中止が望まれます。
- ⑥ なし あり :β遮断薬の服用(アナフィラキシー様反応時にグルカゴン投与が第一選択)
- ⑦ なし あり :(女性のみ)妊娠の可能性
- ⑧食事・水分の摂取について(以下を説明してからチェックしてください)
 食事は造影検査の3時間前までに済ませること(検査前の食止め)
 水分(乳製品とアルコールを除く)を造影検査の前後で充分摂取すること

7 検査予定日: 年 月 日 予約時刻:

* 上記について説明し, 造影CT検査に際してアレルギー歴・既往歴等に問題がないことを確認しました。

【不同意と撤回について】

説明を受けた検査や治療をお受けになるか否かは, 自由意思によってお決めください。
 同意をされないこともできますし, 一度, 同意された場合でも撤回することができます。

説明日: 年 月 日

貴院名: 説明医師名: 印

私は, 説明を受け理解した上で, 造影CT検査を行うことに同意します。 (同意はいつでも撤回できます。当日の状態により担当医の判断で造影剤を使用しないことがあります。)		
	年	月 日
患者氏名: _____	記載者(代筆者・代諾者)	※どちらかを○で囲んでください。
代筆者・代諾者氏名: _____	患者との続柄()	
代筆・代諾理由〔患者が□未成年 □意識障害などにより判断力が不十分 □障害などにより記載不可 □その他()		
※検査に同意できない場合		
私は, 説明を受け理解した上で, 造影CT検査を行うことを 拒否 します。		
	年	月 日
患者氏名: _____	記載者(代筆者・代諾者)	※どちらかを○で囲んでください。
代筆者・代諾者氏名: _____	患者との続柄()	
代筆・代諾理由〔患者が□未成年 □意識障害などにより判断力が不十分 □障害などにより記載不可 □その他()		