

単純 X線CT検査 予約票 (患者さま用)

CT検査は、X線を利用して人体の断層画像を撮影する検査です。ベッドに寝た状態でドーナツ状のCT装置の中に入っていき、目的の部位を検査します。検査において痛みはありませんが、X線による必要最小限の被ばくを伴います。

以下に検査についての注意点を記しますので、必ずお読みください。なお、検査について不明な点がございましたら、医師、看護師あるいは検査担当技師にお尋ねください。

患者名 _____ さま

あなたの検査予約日時は、

20 年 月 日 () 午前・午後 時 分 検査開始予定です。

検査部位は、 _____ です。 **時間厳守で来院願います。**

- 絶飲食の制限はありません。(頭部, 頸部, 胸部, 骨盤腔, 四肢)
- 検査予約時間の6時間前から絶食してください。(腹部, 腹部～骨盤腔)
ただし、水、お茶、白湯などの水分は、摂取してもかまいません。
- 検査予約時間の2時間前から排尿を止めてください。(骨盤腔のみ, 前立腺のみ)
※ 担当スタッフの方へ：検査部位を確認し、上記 に を入れてください。

1. **必ず、検査予約時間の15分前までに、1階 総合受付で受付を済ませてください。**
予約時間に遅れる、あるいは来院できない場合は、必ず下記番号まで連絡をお願いいたします。
連絡なく遅れて来院された場合は、再予約となる場合があることを了承願います。

☎ 095-844-1282 (放射線科直通)

2. 受付後、2階 画像診断部受付へお越しいただき、CT検査待合室でお待ちいただきます。
3. 検査時間は、10分程度です。トイレは、制限が無ければ検査前に済ませておいてください。
※ 検査によっては、20分かかる場合もあります。
4. 検査予約時間を厳守するよう最大限の努力をしていますが、救急患者対応等により検査開始時間が遅れたり、順番が入れ替わる場合がありますがご了承願います。
※ 検査開始時間が遅れる、順番が入れ替わる場合は、検査担当者が事前にお問い合わせ願います。
5. 腹部の検査の方は、検査予約時間の6時間前から絶食して下さい。水分(水,お茶,白湯のみ)や
血圧薬の摂取は普通にかまいませんが、コーヒー、牛乳、ジュース類は飲まないで下さい。
6. 胸部や腹部の検査は、息を止めて検査を行います。詳細は、検査時に検査担当者が説明いたします。
7. 検査中は、最初決めた位置から体を動かさないようにして下さい。また、もし気分が悪くなった場合は、声に出して検査担当者に伝えてください。
8. 腹部単純CT検査のX線被ばく線量は、約15 mSv (ミリシーベルト)です。X線感受性が高いとされる胎児に、何らかの影響を及ぼす可能性があると考えられる100 mSvを越えることはまずありませんが、妊娠している、あるいは妊娠している可能性がある女性は、不要な被ばくを避けるため、必ず担当医師にご相談ください。

今回行う 単純 X線CT検査について 造影剤を血管内に投与して行う検査ではありません。

1. 検査の必要性について

今回実施する 単純 X線CT検査は、X線を使用して、あなたの病気の状態を詳しく調べ、診断、および治療方針を決定するための大切な検査です。

2. 検査によるX線被ばく について

X線を用いた検査ですので、必要最小限のX線被ばくを伴いますが、適切に管理しています。患者さまの体格にもよりますが、頭部の場合：約70 mSv、胸部や腹部の場合：約15 mSvです。X線感受性が高いとされる胎児に、影響を及ぼす可能性があると考えられる100 mSvを越えることはまずありませんので、身体に有害事象が発生する確率は、極めて低く問題にならない程度です。ただし、妊娠している、あるいは妊娠している可能性がある女性は、不要な被ばくを避けるため、必ず担当医師に申し出てください。

※ mSv (ミリシーベルト) : X線CT検査においては、X線による被ばく線量の単位。

3. X線CT装置について

今回使用する X線CT装置は、製造メーカーによる定期的な点検、および診療放射線技師による毎日の始業・終業点検により、X線量を適切に管理し安全性を担保しています。

これらを総合して、今回行う 単純 X線CT検査は、あなたの病気診断、および治療方針を決定する上で、X線被ばくによる危険性を上回る利益があるものと判断します。この説明に同意いただける場合は、下の同意書に署名をお願いいたします。ただし、同意は、いつでも撤回することができます。

同意書

私は、単純 X線CT検査の必要性と危険性について十分な説明をうけ理解しましたので、検査を受けることに同意し署名します。

20 年 月 日

社会医療法人 春回会 井上病院長 殿

患者さまの署名 (自署) :

本人が、同意の意思表示が困難な場合は、代筆者の署名に代える。併せて、患者さまの氏名もご記入願います。

代筆者さまの署名 (自署) :

患者さまとの続柄 :

私は、当該患者に、今回行う 単純 X線CT検査の必要性と危険性について説明を行い、検査を受けることに同意を得ました。

20 年 月 日

検査依頼施設名 :

主治医の署名 (自署) :