

# 単純CT検査を受けられる方へ

患者氏名： \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女  
 生年月日： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

あなたに予定されているCT検査は、

検査部位：	頭・頸・胸・腹・骨盤・四肢（            ）・他（            ）	
検査予定日：	_____ / _____ / _____	_____ :
	※検査室の都合（急患等）で予約時間が変わることがあります。予めご了承下さい。	
特に制限はありませんが、検査部位が『腹』『骨盤』の方に限り、検査前の <b>4時間以内</b> に食事をとらないで下さい。飲水は『お茶・お水』のみとして下さい。		
説明日：	_____ / _____ / _____	_____ :

## 検査当日

CT検査を受けられる方へ・問診同意書 等(計3枚)、保険証、診察券（再来の方）をお持ち下さい。

- ・当院に初めて来院される方又は、前回来院から3ヶ月以上経過されている方は、総合受付窓口にて「放射線科」の受付をして下さい。再来の方は、自動再来受付機で「放射線科」受付を済ませて、**予約時間30分前**までに1階の放射線部受付へお越し下さい。
- ・常用薬のある方は、主治医からの休薬の指示がない限り、通常どおり内服・服用して下さい。

## CT検査とは？

- ・身体の周りからエックス線を照射し、身体を通過したエックス線情報をコンピュータで解析し、連続した断層写真（輪切りの画像）を得る検査です。
- 検査所要時間は部位によって異なりますが、約10分から15分程度です。

## 検査について

- ① 『頭部』眼鏡・補聴器・入れ歯・ピアス・イヤリング等の金属類は外していただきます。  
『頭部以外』脱ぎやすい服装で、ボタンや金具のない下着を着用して下さい。  
場合によって、検査着に更衣して検査を行うこともあります。
- ② 検査台にリラックスして、仰向けに寝ていただきます。
- ③ 撮影の合図とともに検査台が移動しながら撮影するので、身体を動かさないようにして下さい。
- ④ 検査中に「息止め」が必要な場合がありますので、ご協力お願いいたします。
- ⑤ 検査中はマイクを通して話しができますので、何かありましたら声を掛けてお知らせ下さい。
- ⑥ 検査部位が腹部の場合、検査前に水薬や白湯を数回飲んでいただくことがあります。

## ご注意

CT検査に注意を要する方(危険性など) ⇒『事前に主治医へお知らせ下さい。』

- ① 現在妊娠している方又は、妊娠している可能性がある方
- ② CT検査の危険性：放射線被ばく、転落など

## 検査終了

- ・他院からの紹介の方は、基本箋（ファイル）及び、放射線部受付にて検査画像を収載したCDを受け取られましたら、会計を済ませてお帰り下さい。
- 後日CDをお持ちになって、紹介元医療機関で結果説明を受けて下さい。（説明日時等は、各自ご確認下さい。）

※当院での説明は致しません。

検査に関するお問合せは、 **済生会川内病院 放射線部** （直通）Tel0996（22）8951  
 その他のお問合せは、 **済生会川内病院** （代表）Tel0996（23）5221

**放射線被ばくについて**

**① 放射線診療による放射線被ばくの影響（組織反応（確定的影響）及び、確率的影響）**

放射線診療は医療において重要な役割を果たしていますが、リスク（不利益）となる健康影響を来す可能性があります。

放射線被ばくによる健康影響は、**組織反応**（確定的影響）と**確率的影響**に大別されます。

<b>組織反応</b> (確定的影響)	ある一定の線量（しきい線量）以上の被ばくではじめて生じるもので、線量が多くなると、発生確率及び、重篤度が増加します。脱毛や皮膚障害が知られています。
<b>確率的影響</b>	しきい線量が存在せず少ない線量でも影響を生じる可能性があり、発生確率の増加は線量に比例すると考えられています。発がんや遺伝的影響が知られています。

**② CT検査における想定される被ばく線量とその影響について**

CT検査における被ばく線量は、撮影部位や方法により異なりますが、**1回あたり5～30ミリシーベルト**（放射線が人体臓器に与える生物学的影響を表す尺度）以下の少ない線量です。

**この程度の線量では、組織反応（確定的影響）は生じません。**

一方、健康影響で懸念されるのは主として発がんリスク（**確率的影響**）の増加ですが、

**100ミリシーベルト以下の少ない線量での影響は非常に小さく**、仮に増えたとしても

その大きさは他の要因（喫煙、食事、ウイルス、環境汚染物質など）によるリスクと比べてもかなり小さいと見積もられます。

ちなみに地球上では、世界平均で1年あたり約2ミリシーベルトほどの環境からの放射線被ばくを受けています。

検査の種類	診断参考レベル (基準値)	実際の被ばく線量
一般撮影：胸部	0.3mGy	0.06mSv
透視	IVR：透視線量率 17mGy/分	胃の透視 4.2-32mSv 程度
X線CT	成人頭部 77mGy	5-30mSv
	小児頭部(5-10歳) 55mGy	
	腹部 18mGy	
核医学検査	放射性医薬品ごとの値	0.5-15mSv

**③ CT検査を実施する必要性について**

『診断で受ける放射線量 環境省』より抜粋

**放射線検査は、得られる医療情報による便益が被ばくによるリスクより十分に大きいと判断される場合にのみ行われます。**

CT検査では、他の放射線検査では得られない詳細な形態画像を得ることが可能で、現在の画像診断の根幹を成す検査といえます。

また、放射線検査を一定期間毎にお奨めすることもあります。そうすることで病気の発見や異変、治療効果などを適正に検出し、最善の治療につなげることにより、患者さんの「生活の質」の保持・向上に寄与するために行うものです。

なお、複数回の放射線検査を受けた場合、その影響が蓄積するわけではありません。からだには、けがの回復と同じように、放射線による影響に対しても修復機能が働きます。

例えば、ある線量を何回かに分けて受けた場合、一度に受けた場合よりも影響は小さくなるということが知られています。



**④ 当院で実施している医療被ばく低減に関する取り組み**

CT検査の実施にあたって、検査前に担当する放射線科医が依頼内容を確認し、その検査の適切な撮像プロトコルを決定しています。また、マニュアルに沿って装置の品質管理、被ばく線量記録、診断参考レベルを考慮した撮像プロトコルの最適化及び、線量管理を当院の医療放射線安全管理責任者の管理のもとで行っています。

小児の検査においては、関連学会などから示されている指針などに基づいて、撮像プロトコルを個別に設定し、より一層被ばくの低減に努めています。

※『 **リスク** 』について

健康に関する「リスク」とは、「危険」ではありません。私たちが何かしら行動する際には、多少なりとも危険や不安がつくものであり、何かが起こると確率は0（ゼロ）にならないということです。

**「リスクがある」≠「（必ず）被害を受ける」**

## 単純CT検査 問診票

※該当するものを○で囲んで下さい。

□:職員チェック欄

① 女性の方で、現在妊娠中又は、妊娠している可能性は？	ある ・ ない	<input type="checkbox"/>
② 以前にCT検査を受けたことがありますか？	ある ・ ない	<input type="checkbox"/>
③ 『体内』又、『体外』に金属や医療機器がありますか？	ある ( ) ・ ない	<input type="checkbox"/>
→ 「ある」と答えられ、以下の医療機器に該当される方は、依頼医師にご相談下さい。 脊髄刺激療法・深部刺激療法装着患者、持続血糖測定器（リブレなど）・携帯用ポンプ着用者 など （上記、医療機器を含めた部位を撮影する場合、機器のモード変更や取り外し又は、検査不可能なことがあります。）		<input type="checkbox"/>
④ 約10～15分の仰向けの姿勢が辛い方	ある ・ ない	<input type="checkbox"/>
⑤ 閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方	ある ・ ない	<input type="checkbox"/>
⑥ あなたの身長は？ _____ c m	⑦ あなたの体重は？ _____ k g	<input type="checkbox"/>
⑧ その他検査に関する質問があれば ( _____ )		<input type="checkbox"/>

## 単純CT検査 同意書

### 病院長及び、済生会川内病院 院長殿

私は、医師からの説明を受け、問診票に答え、私に予定されている検査について理解しました。

検査に関して、私が疑問に思っていた事については、すべて納得できました。

私に行われる予定の単純CT検査の危険性と便益を知りました。

よって、単純CT検査の施行に（ **同意します** ・ **同意しません** ）。

- ・ 同意された場合でも、いつでも同意を撤回することができます。
- ・ 申し出が無い場合、本同意書は3ヶ月間有効とさせていただきます。

（記入日） 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 ご署名 \_\_\_\_\_（本人）

代理人 ご署名 \_\_\_\_\_（続き柄 \_\_\_\_\_）

上記患者に対して検査の必要性、検査の危険性、合併症、放射線被ばくの影響について説明を行い、同意を得ました。

### 紹介元医療機関

説明医師 \_\_\_\_\_ 病・医院 署名 \_\_\_\_\_

### 済生会川内病院

説明医師 \_\_\_\_\_ 科 署名 \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_