

# CT 造影検査説明書（患者様用）

様

- ◆検査当日は、保険証と依頼書を必ずご持参のうえ、予約時間の **30 分前**にはご来院下さい。
- ◆検査は予約制になっております。予約日に来られない方は、検査の前日までにご連絡下さい。

## 1. CT 検査の目的

- ・ CT 検査とはエックス線(X 線)を使い、輪切りの絵を連続して写すことで、身体の内部構造を調べる検査です。

## 2. CT 検査を受けられない方がいます

- ・ 妊娠中の方、妊娠の可能性がある方
- ・ 心臓ペースメーカー、除細動器を装着されている方  
必ずペースメーカー手帳をご持参下さい。除細動器 (ICD)、ペースメーカーの機種の確認がとれない場合は原則として本体部分の撮影ができません。

## 3. 造影検査について

- ・ より正確な診断を行うために静脈内に造影剤を投与して行う造影検査があります。
- ・ CT で使用する造影剤はヨード造影剤と呼ばれるもので、以前から使用されている安全な薬ですが、他の薬剤と同様にアレルギーなどの副作用を完全に回避することはできません。

## 4. お食事について

- ・ 検査部位が腹部の場合、または部位にかかわらず造影検査の場合は、検査前 3 時間の絶食が必要となります。
- ・ 特別な指示がない場合、水分（水やお茶）は摂って頂いてかまいません。

## 4. 造影検査を受けられない方がいます

- ◎ 過去にヨード造影剤でアレルギーのあった方
- ◎ 気管支喘息の方
- ◎ 腎機能が低下している方
- ◎ 甲状腺機能亢進の方

## 5. 主治医に確認下さい

- ・ ビグアナイド系糖尿病用剤を内服されている方は、造影 CT 検査終了後 48 時間服用を中止していただきます。それ以外の検査部位では、普段通りでかまいません。
- ・ 授乳中の方は、造影 CT 検査終了後 48 時間の断乳が必要になります。主治医にご確認下さい。

## 6. 主治医へのお願い

- ・ 検査精度保持のため、腹部 CT 検査をご依頼される場合は、検査前 3 日間はバリウム検査を施行しないで下さい。
- ・ 下に該当する場合は当院では検査を施行できませんので、事前に確認をお願いいたします。  
**除細動器 (ICD)、機種の確認がとれないペースメーカー装着者の本体部を含む検査。**  
**造影剤アレルギーのある方、気管支喘息の方（造影検査のみ不可）造影検査をご依頼いただく際には別紙“造影検査同意書”の項目を記入し、よくご理解いただいた上で患者様のサインを頂く必要があります。**  
**当日ご持参下さいますようご説明をお願いします。**
- ・ ビグアナイド系糖尿病用剤を内服されている方は、造影 CT 検査終了後の内服指導をお願いします。

医療法人財団 今井会 足立病院

京都プレストセンター 沢井記念乳腺クリニック

〒603-8052

京都市北区上賀茂松本町 98

(地下鉄北山駅 2 番出口から北へ徒歩 2 分)

TEL: 075-723-0811

<http://www.nyusen.com>



## CT 検査依頼書 (貴院 控)

フリガナ  氏名 <span style="float: right;">男 ・ 女</span> M ・ T ・ S ・ H      年      月      日      才 連絡先電話番号 (      )      -	医療機関名 診療科 主治医 電話 (      )      -				
検 査 日 時                                      年      月      日 (      )      午前 ・ 午後                                      時      分					
妊娠: 有 ・ 無 感染症 : 有 ・ 無 (HCV ・ HBS ・ TPHA                                      ) ペースメーカー : 有 ・ 無 (機種名:                                      ) <造影剤検査の場合> 気管支喘息の既往 : 有 ・ 無    造影剤 (ガドリニウム)アレルギ- : 有 ・ 無 甲状腺機能亢進症 : 有 ・ 無    腎機能障害 : 有 ・ 無 ビグアイド系糖尿病用剤 : 有 ・ 無					
臨床診断名 :    手術歴 :  現病歴 :					
検査目的 :					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding-bottom: 10px;"> <b>検査部位</b>  <input type="checkbox"/> 頭部  <input type="checkbox"/> 頸部                      <input type="checkbox"/> 頸椎  <input type="checkbox"/> 胸部                      <input type="checkbox"/> 胸椎  <input type="checkbox"/> 乳腺                      <input type="checkbox"/> 腰椎  <input type="checkbox"/> 上腹部  <input type="checkbox"/> 骨盤部  <input type="checkbox"/> 上肢  <input type="checkbox"/> 下肢  <input type="checkbox"/> デンタル  <input type="checkbox"/> その他 (                      )                     </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding-bottom: 10px;"> <b>&lt;図示・要望事項&gt;</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 単純 CT    <input type="checkbox"/> 造影 CT    <input type="checkbox"/> 単純+造影 CT                     </td> </tr> </table>		<b>検査部位</b> <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> デンタル <input type="checkbox"/> その他 (                      )	<b>&lt;図示・要望事項&gt;</b>	<input type="checkbox"/> 単純 CT <input type="checkbox"/> 造影 CT <input type="checkbox"/> 単純+造影 CT	
<b>検査部位</b> <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> デンタル <input type="checkbox"/> その他 (                      )	<b>&lt;図示・要望事項&gt;</b>				
<input type="checkbox"/> 単純 CT <input type="checkbox"/> 造影 CT <input type="checkbox"/> 単純+造影 CT					